UNIVERSITE PARIS-SUD - FACULTE EN MEDECINE PARIS-SUD

Année 1975 N° 89

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

NOM et PRENOM du Candidat MARI GERARD

Né le 20 JANVIER 1947 à ALGER

Présentée et soutenue publiquement le

LA POST-CURE DES SUICIDANTS

Président : Monsieur le Professeur R. MISES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548908_0014

UNIVERSITE PARIS-SUD - FACULTE EN MEDECINE PARIS-SUD

Année 1975 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

NOM et PRENOM du Candidat MARI GERARD

Né le 20 JANVIER 1947 à ALGER

Présentée et soutenue publiquement le

LA POST-CURE DES SUICIDANTS

Président : Monsieur le Professeur R. MISES

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents, avec toute ma tendresse.

Au Professeur MISES, qui m'a accueilli dans son service et m'a aidé à comprendre le fait psychiatrique et psychanalytique. Il me fait aujourd'hui le plaisir et l'honneur de présider cette thèse.

Au Docteur POIVET, qui m'a conseillé dans la rédaction de ce travail et dans bien d'autres circonstances.

A l'équipe du Centre de Réadaptation Professionnelle et Sociale de Villejuif.

"L'un cherche un accoucheur pour ses pensées, l'autre quelqu'un a aider ; ainsi naît un bon dialogue".

Nietzsche

OBSERVATION INTRODUCTIVE

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Début Août 1973, dans un hôpital de l'Essonne, vers 16 heures, je recevais une jeune femme accompagnée par son mari. Laissant ce dernier dans le couloir, je fis entrer la patiente dans la salle de consultation. Elle m'annonça alors qu'elle avait ingéré le contenu d'un tube de tranxène 5 mg.

Allongée, pendant l'examen somatique, la patiente répondait parfaitement aux questions, le conctact était bon, la conscience n'était pas obnubilée.

Il n'y avait aucun signe inquiétant, toutefois je téléphonais à l'hôpital Fernand Widal car les renseignements donnés par un gros livre rouge ne sont pas toujours exacts quant à la toxité des médicaments. Le médecin de garde m'assura de l'absence de risque vital, d'autant que la patiente n'avait pas ingéré d'alcool.

Ceci la dispensa du traditionnel lavage gastrique. Et nous poursuivîmes l'entretien.

La malade, âgée d'une quarantaine d'années, exerçait la profession de psychologue dans un centre d'adolescents. Les tentatives de suicide y étaient chose courante. De ce fait, elle se trouvait parfaitement renseignée sur l'absence de gravité de son intoxication. Elle n'avait pas vraiment voulu mourir et expliquait son geste par un moment d'affolement.

Il s'agissait d'un conflit conjugual bien banal somme toute. Depuis plus d'un an, son mari avait des relations très intimes avec une demoiselle de 26 ans. Elle tolérait cet état de chose depuis quelque temps, car en dehors de "ça" tout allait bien. Elle avait subi une intervention plastique mammaire au printemps et comptait sur le mois de vacances pour récupérer définitivement son mari. Malheureusement, au retour, celui-ci annonça son intention de divorcer, et elle avala les comprimés.

Au cours de l'entretien, il était apparu que la patiente se trouvait assez isolée, sans enfant, sans famille proche, sa meilleure amie était en vacances. Elle ne semblait pas très déprimée, le désir de

mort n'était pas vivace. Elle n'exprimait pas l'intention de réitérer, et expliquait son acte comme une conduite absurde lors d'un moment de détresse.

Un certain charme de la patiente, les circonstances de l'intoxication en présence du mari, donnaient un aspect de chantage à la tentative de suicide.

En ce mois d'août, dans le petit service de médecine l'hospitalisation n'était pas concevable pour une personne consciente. La salle commune avait été baptisée "la cour des miracles". La moyenne d'âge avoisinait 78 ans car, les enfants étant partis, nous étions dans l'obligation de garder les parents.

La consultation de psychiâtrie du dispensaire avait fermé ses portes pour un mois.

La malade ne semblait pas déprimée au point de nécessiter un transfert à l'hôpital psychiâtrique d'Etampes, d'ailleurs elle refusait toute hospitalisation. Après lui avoir proposé de revenir me voir, si elle en éprouvait le besoin, j'ai donc confié la patiente à son mari.

Vers le 15 Août nous recevions beaucoup de tentatives de suicide, chez des vieillards ; si la quantité n'était pas particulièrement importante c'était surtout la proportion qui nous attristait. D'autant plus qu'après 65 ans, l'admission en réanimation était quasiment impossible à obtenir, et les intoxications très graves :

> Le plus souvent des mélanges de digitaliques, de somnifères et d'anticoagulants, nous avions même vu une ingestion de tuolène.

L'affluence aux urgences était telle, qu'il nous avait fallu aménager la salle d'examen du chef de service avec le nécessaire de réanimation courant. Donc, dans cette pièce, nous avions déjà reçu deux tentatives chez deux personnes âgées, ce qui nous avait occupé toute la matinée. Pendant ce temps aux urgences, deux collègues avaient tenté de

réanimer pendant plus d'une heure, une femme qui avait ingéré le contenu d'une bouteille de whisky à jeun et des médicaments.

C'était la première fois que nous avions un échec, surtout chez une personne de cet âge. Mes collègues étaient bouleversés. Déjà, deux semaines plus tôt elle avait fait une tentative. C'était une femme de 40 ans qui semblait plus jeune. Peut-être, était-ce le résultat d'un mois d'ensoleillement et d'une intervention plastique sur la poitrine ?...

Qu'aurait il fallu pour éviter une telle conclusion ? Il aurait fallu reconnaître le désir de mort. L'entretien sous anxiolytiques, les gestes médicaux rassurants, l'avaient probablement masqué. Mais, même dans le cas où la volonté de mourir se serait présentée d'une manière franche, quelles auraient été les possibilités de prise en charge ? Celui qui savait, le psychiâtre du secteur, était en vacances. Sa consultation du samedi matin donnait début juillet des rendez-vous pour la mi-septembre. Bien sûr nous avions la solution d'un placement volontaire demandé par le mari, dans un établissement psychiâtrique de 3000 lits. N'ait-ce pas trop pour un conflit conjugual et l'absorption de 150 mg de tranxène ? Que pouvait-on donc faire ? La solution se trouvait au C.R.P.S., je l'ai sû trois mois plus tard.

Nous avons donc informé le chef de service de médecine de l'existence du C.R.P.S., de sa formule originale, de la possibilité de visite d'un psychiâtre pour toute tentative de suicide, et cela sans demander la moindre contribution financière à l'hôpital. Le chef de service, d'abord enchanté, puis méfiant nous a assuré qu'il ferait appel à nous, puisque la consultation du secteur ne pouvait faire face à la demande. Depuis

lors nous attendons un appel téléphonique. Je préfère penser qu'ils ont trouvé une solution plus adéquate dans le secteur. Ou bien, pire encore, le médecin se désintéresserait d'une certaine dimension de la pathologie et de la thérapeutique.

En 1972, Monsieur le Professeur Agrégé Philippe AUZEPY, lors d'un cours sur les intoxications volontaires, nous donnait les résultats de son service de réanimation :

- moins de 2% de décès, mais un nombre de récidive importante malgré l'intervention systématique d'un psychiâtre pour toute tentative. L'échec incombait de toute évidence aux psychiâtres.

Sans vouloir prétendre à l'efficacité des réanimateurs, nous pensons que le psychiâtre peut lui aussi améliorer ses statistiques. De même que le réanimateur, il ne lui suffit pas d'être spécialiste, il a besoin d'un matériel adéquat et d'une équipe pour parvenir à un résultat. Nous allons donc voir en quoi la prise en charge des suicidants peut différer au C.R.P.S., à ce qui se fait dans le secteur.

LE CENTRE DE READAPTATION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE

LE CENTRE DE READAPTATION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE

ORIGINE

En 1960, le Ministère de la santé Publique préconise la psychiatrie du Secteur. Elle consiste, comme son nom l'indique, à diviser le territoire en secteurs géographiques, dans chacuns desquels, toutes les tâches de prévention, de soins hospitaliers et ambulatoires, de réadaptation et de post-cure sont assumées par une seule et même équipe médico-sociale.

La Psychiatrie de Secteur est fondée sur deux principes :

- D'une part maintenir au maximum le malade mental auprès de sa famille et dans son milieu de vie habituel.
- D'autre part, lui assurer de façon continue, là où il se trouve, l'aide et le soutien d'un médecin et d'auxiliaires médicaux spécialisés qui lui soient familiers.

L'idée première de création du centre revient à Monsieur le Guillant, médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, qui en avait conçu le projet comme lieu de Psychiatrie ouverte.

La ville de Villejuif a fourni le terrain, la Préfecture de la Seine les capitaux nécessaires.

La construction commença en 1962 ; lors de l'éclatement de l'ancien département de la Seine, le Centre fut confié à l'administration de la D.D.A.S.S. du Val de Marne.

Inauguré en 1969, il entra en activité en 1972. De la première pierre, au premier malade dix ans se sont écoulés. L'administration nous a montré par la suite qu'elle était capable d'offrir des solutions souples et rapides.

SITUATION

Le Centre de Réadaptation Professionnelle et Social, 80 rue de Verdun à Villejuif, construit hors des murs de l'hôpital psychiatrique, est un petit bâtiment de briques entouré de verdure. Implanté en

ville, pour répondre aux nécessités de la post-cure sur un mode ambulatoire, il était prévu à l'origine pour servir de relais à l'hôpital psychiatrique, dans le cadre de la politique de secteur.

Des modifications ont dû être apportées à cette visée pour éviter la désintégration de l'équipe soignante, et la transformation du C.R.P.S. en un asile amélioré.

Le Centre a une vocation intersectorielle. Théoriquement il doit accueillir les patients adultes des cinq secteurs suivants du Val de Marne :

- Secteur 9
  Médecin Chef Dr MARIE
  Agglomérations : THIAIS, ORLY, CHOISY LE ROI

- Secteur 10
  Médecin Chef Dr BASTIE
  Agglomération : VITRY sur SEINE

- Secteur 11
  Médecin chef Dr DEFER
  Agglomération : IVRY sur SEINE

- Secteur 12
  Médecin Chef Dr BORENSTEIN
  Agglomérations : VILLEJUIF ARCUEIL, GENTILLY, KREMLIN BICETRE

- Secteur 13
  Médecin Chef Dr BOUQUEREL
  Agglomérations : L'HAY LES ROSES, CHEVILLY LARUE, FRESNES RUNGIS, CACHAN.

Sur le territoire de ces cinq secteurs psychiatriques nous trouvons une concentration très importante d'établissements hospitaliers à orientation médico-chirurgicale. Excepté l'institut Gustave Roussy, ils sont tous administrés par l'Assistance Publique.

Dans le secteur 11, l'hôpital-hospice d'Yvry, où un service de psychiatrie doit être mis en place.

Dans le secteur 12 :

L'hôpital BICETRE. Le Pr Pluvinage dirige le service de psychiatrie. Il existe une petite section pour les malades agités.

L'hôpital PAUL BROUSSE. Le Dr Bouttier y est responsable du service des maladies psychosomatiques.

L'institut GUSTAVE ROUSSY déjà cité.

Nous voyons donc que l'Assistance Publique a dans ses hôpitaux généraux conservé des services de psychiatrie. Ils ne sont pas sectorisés, ne comprennent que des services ouverts, et répondent aux besoins d'un grand nombre de malades qui nécessitent une hospitalisation de courte durée, puis une suite à la consultation. Les patients sont moins réticents à venir y chercher l'aide dont ils ont besoin, qu'à l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Un séjour de deux mois à Paul Brousse ne révèle pas d'emblée à autrui la nature des troubles qui ont entrainé l'admission.

Pour les malades sectorisés, le seul lieu d'hospitalisation possible reste le centre psychiatrique de Villejuif. Les chefs de secteurs y ont leurs services, les patients sont envoyés par les dispensaires. Pour la post-cure, le mouvement inverse se produit ou bien, on fait appel au C.R.P.S.

A l'origine les malades étaient envoyés par l'hôpital psychiatrique, chaque chef de secteur possédant une partie du pouvoir d'admission. Rapidement il est apparu que ce n'était pas les malades qui pouvaient bénéficier le plus de l'aide offerte, qui étaient admis.

Il a donc fallu nommer un médecin responsable pour évaluer le bénéfice possible que, le malade présenté, pourrait retirer d'un séjour dans l'institution.

Le CRPS, ouvert sur la cité ne se contente plus de servir de relais pour les malades de l'hôpital psychiatrique. Implanté en limite de ville, il jouxte les agglomérations suivantes dans un rayon de trois kilomètres

Kremlin Bicêtre, Gentilly, Arcueil, Cachan, L'Hay les Roses, Chevilly Larue, Vitry sur Seine, Ivry sur Seine, soit une population de 500 000 Habitants environ.

Une telle situation géographique, fait de son emplacement un point stratégique d'une grande valeur dans la lutte et le dépistage des maladies mentales. Dès que l'on se situe dans une perspective thérapeutique ambulatoire, la notion de post-cure ne peut-être définie à partir de la sortie de l'hôpital. A l'ouverture du C.R.P.S., dix malades ont été envoyés par l'hôpital. Certains avaient passé plus de dix ans derrière les murs, peu nombreux sont ceux qui ont pu reprendre une vie autonome . Dans le prologue nous réclamions pour le psychiatre un équipement adapté pour répondre aux besoins. On peut considérer que le C.R.P.S. est équipé comme un centre de soins intensifs, bien que cette qualification ne lui convienne pas en raison des patients qu'il reçoit.

La capacité totale interne est de 70 malades. Le rapport soignant/soigné égale (note 1). Nous incluons dans évaluation tout le personnel. Il se compose da façon suivante :

Personnel Permanent :

- 1 directeur économe
- 1 médecin adjoint
- 2 internes en psychiatrie
- 1 pharmacien gérant
- 1 psychologue
- 4 CES psychiatrie
- 1 surveillante chef
- 1 surveillante
- 23 infirmières (ou infirmiers)

Note 1 Cette proportion convient au bon fonctionnement du C.R.P.S. en temps normal. Lorsqu'une période difficile se présente, l'encadrement des malades devient nettement insuffisant. L'insécurité accroit l'anxiété, le groupe tend à se morceller, devient incontrolable, les passages à l'acte se multiplient sans qu'il soit possible d'intervenir rapidement pour le rassurer.

- 1 ergothérapeute
- 2 secrétaires médico-sociales
- 1 assistante sociale
- 1 secrétaire administrative
- 1 commis
- 1 agent de bureau
- 3 ouvriers professionnels
- 1 standardiste
- 8 aides ouvriers professionnels
- 1 conducteur d'automobile

Personnel vacataire :

- médecins	3 000 heures
- psychologues	1 200 heures
- masseur kinésithérapeute	600 heures
- infirmier psychiatrique	2 000 heures
- assistante sociale	2 000 heures
- femme de ménage	5 000 heures

Pourquoi cette longue énumération ? elle m'apparait indispensables pour deux raisons. D'une part chacun des membres de l'ensemble du personnel est cité dans sa qualification, d'autre part elle précise que chacun est en contact avec tous, à tous moments dans un espace réduit. Comme dans cet espace vivent aussi les malades, une connaissance individuelle est possible. Un patient peut s'entretenir avec la Directrice d'une question qui les concerne tous deux. Une relation est établie, elle ne peut plus dès lors se limiter aux fonctions des interlocuteurs.

Le malade a bien sûr "son" psychiatre, "sa" psychologue "son" infirmière, mais parfois surtout pour les psychotiques, l'interposition d'une tierce personne permet le maintient d'un contact qui ne leur apparait pas trop dangereux. Ce qui est perdu dans la relation actuelle peut revenir à l'interlocuteur visé, mais momentanément évité, par une transmission rapide. Les patients savent que l'information circule et que les soignants notent au jour le jour, sur un livre commun, tout ce qu'il est important d'y reporter.

On a pu ainsi savoir qu'une jeune fille hébèphrène passait de longs moments à converser avec une secrétaire, alors qu'elle restait isolée et indifférente à autrui une grande partie de la journée. On peut tout de même penser que l'existence de ce contact, moins angoissant que ceux qui lui étaient proposés, avait une fonction thérapeutique. De même la régularisation rapide d'un problème de prise en charge par la secrétaire administrative, en faisant participer le malade, est une action très souvent engagée. Là aussi se noue une relation authentique. Respecter le patient en ne faisant pas de lui un assité, bien montrer dans les faits qu'il est partie prenante dans l'action engagée par l'institution, est un comportement thérapeutique qui joue à un autre niveau que celui de la réalité.

Un autre avantage que l'on rencontre dans la coexistance des trois groupes formés par : les malades, l'équipe médicale, et le reste du personnel réside dans la connaissance individuelle de chacun. Là survenue d'une difficulté ou d'un aménagement à envisager est immédiatement signalée. Chacun sait de qui on parle, à qui on parle. Les compétences et objections sont réunies pour trouver une solution convenable. En plus de son adéquation, celle-ci survient rapidement puisqu'il suffit de descendre un étage pour avoir en face de soi l'interlocuteur désiré. Cette facilité de contact permet de répondre rapidement à un besoin sans ignorer les impératifs, administratifs, par exemple.

Nous allons revenir au C.R.P.S. maintenant, pour expliquer rapidement les différentes modalités de prise en charge. Dans le même batiment les trois formes de fonctionnement sont juxtaposées et complémentaires.

HOSPITALISATION DE JOUR
FOYER DE POST-CURE
HOSPITALISATION A DOMICILE

L'Hospitalisation à domicile :

Elle est bien sûr proposée à des patients qui ont quitté le centre. Des visites sont effectuées régulièrement pour apporter encore un soutien au malade. C'est au moment de la réinsertion que les difficultés se présentent avec toute leur accuité. A ce moment où le recours au statut de malade, dans un mouvement régressif, peut se présenter, il faut poursuivre l'action engagée. Dans son cadre de vie, par les éléments de l'équipe avec lesquels il avait établi une relation, le soutien se poursuit. Cette aide n'est pas imposée. Lorsque le malade en exprime le désir les visites sont suspendues, parfois simplement espacés.

Il arrive que l'hospitalisation à domicile soit instituée d'emblée et non en post-cure. Cette mesure est appliquée par exemple à des patientes qui ne peuvent en raison des circonstances familiales, quitter leur domicile. Il n'existe pas encore de structure d'accueil pour une mère et son nourrisson. On sait pourtant que la qualité de la relation affective au sein de la dyade est essentielle. Qu'en est-il de cet échange chez une mère déprimée ? L'hospitalisation à domicile n'est ici qu'un palliatif.

L'Hospitalisation de jour :

L'hôpital de jour permet de dispenser des soins du lundi au vendredi. Ceux qui bénéficient de ce statut arrivent à 9 heures pour repartir vers 17 heures. Cela représente l'équivalent d'une journée de travail. Le travail qui est demandé est essentiellement psychique. Toutes les activités de l'équipe visent ce but au travers des divers modes de relations.

Une quarantaine de malades peuvent être ainsi reçus. Ils arrivent au centre soit par leurs propres moyens (véhicule personnel par exemple), soit par le mini-car de l'établissement si leur état ne permet pas encore une autonomie suffisante.

A l'arrivée les médicaments sont distribués, puis commencent les activités. A midi, malades et infirmiers déjeunent ensemble ; les médecins peuvent participer aux repas. Les activités reprennent jusqu'à 16 heures. Thé, café et petits gâteaux sont alors servis. Les médicaments du soir sont distribués. Vers 17 heures, chacun regagne son domicile.

L'hospitalisation de jour est proposée à des malades qui peuvent resté insérés dans leur famille, ou qui possèdent un logement dans lequel ils peuvent encore effectuer les actes de la vie courante. L'évolution du malade ne peut être indépendante de l'attitude de l'ensemble du noyau familial. Cet éléemnt reçoit donc une aide psychologique par des visites à domicile, ou par des entretiens au centre. En fait pour la famille nous axons notre intervention sur les difficultés relationnelles. Nous nous efforçons de répondre toujours à la demande de l'entretien si nous ne répondons pas à la demande manifeste. En dehors du recueil de l'information, l'accent est mis sur l'implication des personnes dans l'évolution de nos patients et l'intensité des relations conflictuelles créent des moments où tout le mode de prise en charge est remis en question par la famille.

Le but de l'hospitalisation de jour est de permettre au patient d'inaugurer un mode de relation avec autrui et lui même qui ne soit plus aussi occulté qu'auparavent. Un mouvement vers une demande de psychothérapie qui se fera ailleurs qu'au centre.

A partir d'un certain moment la réinsertion professionnelle devient impossible. Les troubles qui avaient entrainé l'admission ont diminué en intensité. Un autre problème se pose alors.

La chimiothérapie, souvent importante et nécessaire, vient gêner la précision du geste et de la vue par ses effets secondaires.

Pourtant les activités du centre étaient accomplies sans trop de peine. Le facteur rendement est absent de nos ateliers.

Ce facteur, élément de réalité bien connu de tous, demeure loin de nos préoccupations car il se heurte au profon désir de chacun. Comment, alors que nous dédaignons ces travaux ; pourrions-nous faire passer ce désir ?

LES ACTIVITES DU CENTRE

Elles ne sont pas obligatoires. Les malades sont invités par les infirmières, à venir y participer. L'équipe est chargée d'un contact permanent avec le patient, au travers des différentes activités proposées :

- Gymnastique
  par petits groupes, le matin
- Peinture
  sur verre pour en faciliter la réalisation
  sur papier, peinture libre
- Serigraphie
- Couture et tricot
  Le travail effectué au début était prévu dans le but de vendre les objets fabriqués. Progressivement les patientes ont abandonné cette optique, pour ne réliser que des effets personnels. Elles y mettent plus d'application, réalisent leur désir et non celui de l'institution.
- Salon de coiffure :
  Certaines patientes dont c'est l'ancien métier aident les autres. Une mise en plis coûte trois francs, ce qui permet à ces femmes aux revenus modestes, une amélioration de leur présentation. Le retour à une certaine coqueterie est un élément pronostic favorable. En plus de tout ce qui est apparent les malades viennent chercher un groupe de discussion. En ville, un salon de coiffure n'a pas que des soins esthétiques à donner. Il remplit une fonction d'écoute des préoccupations très intimes y sont exprimés.

Ces ateliers sont fréquentés par les femmes.

Pour les hommes, peu de choses. Les activités suivantes sont mixtes :

- Un atelier offset :
  Les commandes y sont rares. L'activité de cet atelier est donc temporaire. De plus seuls certains malades parviennent à effectuer ce travail. La jonction d'une demande extérieur et de l'intérêt d'un malade ont permis parfois une réadaptation professionnelle rapide. Capable d'effectuer une tâche importante et précise, un patient a ensuite désiré reprendre son travail à l'extérieur.

- Un atelier de reliure :
  Ici, l'infirmière responsable possède une qualification qui permet aux malades de progresser dans l'apprentissage. On peut noter que cette formation a été acquise en dehors de son activité professionnelle, et que les autres infirmières réclament une formation d'ergothérapeute pour mieux répondre aux souhaits des patients.

- Un atelier de travail à façon :
  On y fabrique des porte-manteaux. Une société fournit les pièces détachées et les outils de montage. Les malades travaillent à la chaîne. J'avoue avoir été surpris de ces activités stéréotypées. Elles me semblaient même pathogènes. Les patients m'ont expliqué que certains d'entre eux ne savaient effectuer qu'une partie du montage, et que ce n'était pas une raison pour leur interdire la participation à un travail de groupe.

  Ce travail est rémunéré, mais les artisans ne savent pas ce qu'ils vont gagner. La somme globale est répartie en un pécule (note 1) pour chacun, à la livraison de la commande. Les infirmières ont refusé de recréer les conditions de travail à l'extérieur. Ceci est parfaitement compréhensible, mais ne favorise pas l'accès à la réalité.

Note 1 : la question du pécule permet à l'équipe d'ouvrir une discussion sur la valeur du travail. L'intérêt d'une activité n'est pas seulement subordonnée au gain. L'intégration dans le groupe est aussi une face du problème du travail. Il ne s'agit donc plus seulement d'envisager les difficultés rencontrées sous un seul point de vue, mais d'éclairer l'ensemble de la situation.

Voilà donc succintement décrits les différents ateliers. Il existe aussi un labo-photo où sont développés les clichés pris lors des sorties par petits groupes avec les infirmières.

Au total, les ateliers ne sont pas ouverts pour la réalisation d'une tâche, mais pour permettre le contact avec un agent thérapeutique huit heures par jour. La médiatisation sert de levier pour relancer sans cesse la relation avec une personne que le malade a choisi. Au début le patient ne comprend pas comment les activités qui lui sont proposées vont l'aider à se réinsérer sur le plan professionel. Le nom du centre est à la base de cette ambiguité. S'il est au C.R.P.S., c'est qu'il ne peut plus travailler. Il veut reprendre son travail, et on lui propose des activités qu'il qualifie lui-même de "travail de débile". Ce n'est qu'après un long contact avec l'équipe qu'il peut enfin approcher la cause de son arrêt professionnel sous un autre point de vue. (Note 1).

Le rôle du personnel infirmier est difficile à tenir. Ecouter et intervenir, pour replacer la demande où elle existe réellement, ne pas materner ou diriger, restituer la responsabilité, aider sans se substituer, tout cela est accompli sans cesse. le travail considérable que l'équipe effectue est possible grâce à sa grande cohésion.

Note 1 : L'équipe ne considère pas l'impossibilité de travail de nos patients comme relevant d'un apprentissage. L'investissement dans une activité professionnelle ne devient possible, qu'après avoir compris les causes réelles du blocage. Symtôme d'un trouble relationnel, l'arrêt de travail est considéré comme la répétition d'un conflit, mais déplacé. Le travail à façon offre un lieu d'observation priviligié. L'arrêt de travail a un sens. Lorsque sa signification est comprise, il faut dans la mesure du possible la restituer au patient, pour lui permettre de dépasser l'écran de ses rationalisations.

Cette cohésion provient :

1° - D'une expérience commune de nombreuses années passées à l'hôpital psychiatrique dans différents services. (Parfois les plus éprouvants tels que Henri Collin).

2° - Du désir de sortir des murs pour pratiquer une psychiatrie ouverte. La plus grande partie de l'équipe a été formée de volontaires (Note 1) bien décidés à lutter contre la vésanisation.

3° - De la volonté de ne pas travailler en pensant que l'asile est un recours possible, mais de tout faire pour éviter l'entrée ou le retour à l'hôpital psychiatrique pour quelque malade que ce soit.

Note 1 : Certaines infirmières ont vu leur salaire diminuer de 200 F après le changement d'établissemnt car leur statut administratif avait été modifié.

LE FOYER DE POST-CURE

Il est prévu pour une catégorie de malades, capables de travailler, mais qui ne présente plus aucune insertion familiale possible.

La plupart a passé quelques années à l'hôpital psychiatrique. Les patients sortent de là, bien souvent sans relation autre que celles nouées lors de leur longue maladie. Certains considèrent comme une tare leur séjour à l'hôpital. Ils ne veulent plus revoir leurs amis et préfèrent rester dans l'anonymat pour tenter de recommencer une nouvelle vie. De par la méfiance qu'ils inspirent ou pensent inspirer aux autres, ces personnes se trouvent dans une situation d'isolement quasi total.

Grâce à sa situation géographique le Foyer est un premier pas dans la cité. Le patient y est admis après avoir fait preuve de son désir de travailler. Il doit donc, grâce à une autonomie retrouvée, chercher un emploi. Pour quitter l'hôpital psychiatrique il montre une réelle capacité d'effort et commence sa réinsertion professionnelle.

Il est peu d'entreprise qui embauchent sans demander un certain nombre d'information sur le passé professionnel. Ceci représente une grande difficulté dans la recherche d'un emploi. Comment justifier un "trou" de trois ans dans son passé ? Quelle cause invoquer ? Une si longue absence de peut être expliquée que par la maladie mentale ou par l'emprisonnement. Certains de nos patients ont en plus quelques délits inscrits sur leur casier judiciaire. Un extrait est souvent demandé.

Malgré ces difficultés les patients trouvent tout de même un travail, le plus souvent au prix d'un déclassement professionnel. Ceci ne fait qu'accentuer leur sentiment de déchéance.

La loi oblige les entreprises à intégrer dans leur personnel un certain pourcentage d'handicapés physiques, cette mesure devrait favoriser la réinsertion des malades mentaux.

Pour entrer dans l'administration un certificat de non contagion et l'absence de troubles mentaux est exigé. Cette demande vise à entraver l'action thérapeutique. Le médecin ne peut que rédiger un faux certificat. Si l'on refuse le malade mental dans le secteur public il faut dès a présent cesser la politique de secteur et construire beaucoup d'asiles à hauts murs.

Que reste-til comme emploi au malade mental ? Bien souvent ceux que l'on propose aux travailleurs imigrés.

Le "Fou" ne vient-il pas d'ailleurs lui aussi ?

A Villejuif, comme la majorité des emplois est proposée par le secteur public, il ne reste sur place qu'une solution. Une fabrique de gants en plastique. Malgré les bas salaires, les trois huit, et des conditions de travail harassantes nombreux sont ceux qui essaient cette solution. Dans cette entreprise on n'est pas trop curieux. On ne demande qu'une seule chose aux gens : qu'ils effectuent le travail pour lequel ils sont payés. Pour accéder au Foyer les malades prennent donc ce genre d'emploi, avec l'espoir de trouver mieux ensuite. Après quelques mois, ils ont un passé qui n'est plus en rapport direct avec l'asile, ce qui facilite leur réinsertion.

Le Foyer accueille donc des patients qui commencent leur réinsertion professionnelle, mais qui ont encore besoin d'un soutien psychiatrique. Pendant leur séjour de nombreuses difficultés se présentent.

La chimiothérapie est accusée d'entraver vigilance, précision du geste et de la vision. Ces malades en post-cure sont particulièrement vulnérables. Ils ont vécu à l'abri pendant des années et se trouvent soudain confrontés à des cadences qu'ils ne peuvent suivre, à des métiers qui leurs déplaisent. Le déclassement professionnel est fréquent, le bruit de l'usine insupportable. De plus notre attitude face au travail manuel n'est pas toujours convaincante pour les soutenir dans des difficultés que nous avons soigneusement évitées.

Le foyer reçoit donc trente malades environ dans des chambres individuelles ou à deux lits. La mixité n'a pas posé de trop grandes difficultés. La création d'un couple est souvent mal vécue par les autre pensionnaires, comme une sorte d'inceste.

La position de l'équipe soignante face aux rapports sexuels entre pensionnaires est claire : cela ne doit pas se passer dans l'établissement.

Le travail de l'équipe soignante n'est pas le même que celui de l'équipe de jour. Ce sont pourtant les mêmes infirmières qui par roulement prennent leur service le soir ou la nuit. La proportion soigant/soigné tombe ici à 20 p. cent.

Il n'est pas question de médiatiser la relation. Le contact n'est pas permanent. Il s'agit plutôt de rester à la disposition des pensionaires pour envisager avec eux les difficultés qu'ils éprouvent, éventuellement pour donner un éclairage plus réaliste à leurs projets.

Le repas du soir est le seul lieu de réunion régulier en dehors du groupe hebdomadaire. A 19 h 30, pensionnaires, psychiatres (3), infirmiers (3) se retrouvent dans la petite salle à manger située au rez de chaussée, entre la cuisine et la salle de loisirs. Théoriquement, chacun se place comme il veut. Les soignants essaient dans la mesure du possible, de se répartir équitablement. Ils s'installent de préférence près des patients avec lesquels une bonne relation a été établie, ou bien acceptent l'invitation lancée par un pensionnaire. Souvent une table est entièrement occupée, il ne reste plus de place pour les soignants.

Quatre tables de huit sont disponibles. Les 32 places suffisent car certains pensionnaires travaillent tard et s'ils ont prévenu avant 18 heures, un plateau leur est réservé. Ils peuvent faire réchauffer leur repas dans une petite salle spécialement aménagée. Cette dérogation n'est accordée que pour des raisons professionnelles. Si un patient a projeté une sortie, il doit aussi prévoir son dîner à l'extérieur.

Il existe trois groupes. En s'éloignant de la porte de la cuisine, trois tables sont disposées parallèlement à la porte, une en perpendiculaire. A cette dernière s'asseyent les retardaires, et rien ne caractérise la réunion de ces pensionnaires car les retards ne sont pas systématiques.

La première table, près de la cuisine, réunit autour des assiettes des personnes assez isolées. Il y a toujours deux places pour les infirmières. Ce groupe est surtout composé de femmes, âgés de plus de trente ans. Des hommes y prennent place aussi, ils ont en général un travail dans le secteur terciaire. Ces pensionnaires n'ont pas noué de bonnes relations avec les autres. Entre eux, les liens ne sont pas plus étroits. Les conversations s'étayent sur le tricot, les transports, la fatigue et retombent tristement malgré les efforts des infirmières. Ce groupe est triste, très dépendant. Le plus souvent les nouveaux pensionnaires viennnent s'y joindre pendant quelque temps avant de bien s'intégrer. A cette table on a noté les plus vives réactions lors d'un arrêt de travail de la cuisinière. La qualité des repas avait considérablement diminuée, le traiteur n'apportait aucun soin, même dans la variété des menus. Installé dans la routine, très dépendant, ce groupe débarassait la table à la fin du repas, et montait se réfugier dans les étages. Il fallait aller se reposer car demain la journée de travail serait pénible.

Depuis l'ouverture du centre, il y a eu deux suicides après la sortie ; deux patients qui s'installaient régulièrement à cette table.

En deuxième position, le groupe le plus dynamique. Les jeunes pensionnaires s'y réunissaient. Une belle hystérique trouvait toujours une chaise. Les pensionnaires s'y parlaient en tant qu'êtres sexués. La nourriture n'était pas un sujet de conversation. Toutes sortes de thèmes étaient abordés sans la moindre censure. La drogue, les communautés, les relations avec la famille, les difficultés de s'astreindre à un travail sans intérêt, les salaires, la police, les relations sexuelles, la société, etc... etc... Les soignants trouvaient rarement place à cette table, quand ils étaient invités on parlait alors

de la maladie mentale sur un mode ironique. Très souvent mis en cause le soignant essayait de jouer le rôle modérateur.

Parfois le groupe choisissait de traiter le problème d'un patient. Par exemple, pour le patient qui fera l'objet de notre première observation, un dîner fut consacré à l'examen des différents moyens utilisables pour assassiner son père. Chacun pût ainsi verbaliser son agressivité. Antoine ne fut pas le seul à réclamer des somnifères pour les nuits qui suivirent.

A la troisième table étaient réunis des hommes de 40 ans environ. Pour la plupart alcooliques ou délirants chroniques, ils parlaient surtout de leur travail et de la difficulté de trouver un logement en ville. Rien de très personnel n'était abordé. Après une journée d'usine ils s'exprimaient peu, et tachaient de masquer au mieux les troubles qui les avaient amenés à rencontrer la psychiatrie. Apparemment plus indépendants, ils se conformaient aux règles du foyer : travail régulier et correction, et cherchaient à éviter au maximum l'entretien individuel; l'adaptation n'était qu'apparente le plus souvent, et c'est ce groupe qui nous a donné le plus de problèmes lors des sorties. A cette occasion la façade s'est écroulée, et nombreux sont ceux qui ont dû retourner dans leur service d'origine à l'hôpital psychiatrique.

Les repas ne sont que très rarement servis dans les chambres. Pour les malades somatiques et les suicidants, qui ne peuvent encore se déplacer facilement une exception est faite. On a souvent remarqué que pour les suicidants, aucun désir de sortie n'était manifesté tant qu'ils conservaient leur statut de malade somatique. Dès que leur état le permettait on leur demandait de se joindre aux autres pensionnaires. A ce moment ils refusaient de prolonger leur hospitalisation. Etait-ce l'arrêt du maternage ou le contact avec les malades mentaux qui les faisaient fuir ainsi ?

Le dîner ne posait pas de problèmes trop gênant au fonctionnement du foyer. Par contre le pe tit déjeuner fût la source de nombreux conflits entre pensionnaires. Les départs au travail s'échelonnent de 5 à 8 heures.

Malgré une prévision adéquate la quantité était toujours insuffisante. Les premiers levés prenaient plus que leur part et il ne restait aux autres que la possibilité d'aller au café. Ce qui n'est pas toujours facile à six heures du matin. Certains pensionnaires se sentaient particulièrement persécutés, ils demandèrent l'intervention des infirmiers de nuit. Ceci leur fût refusé car l'équipe considérait que les pensionnaires devaient régler ce problème entre eux. Il y avait assez de café pour tout le monde, c'était à chacun de prendre la part qui lui revenait sans empiéter sur celle d'autrui. Actuellement ces problèmes ne sont plus jamais évoqués, mais à cette époque le Foyer, n'était ouvert que depuis trois mois. Il n'y avait pas de règle orale que se transmettent anciens et nouveaux. Il n'y avait pas de discipline de groupe car il n'y avait pas de conscience de groupe. Sans pour autant vouloir aliéner, l'équipe intervient avant la demande du patient parfois. Car les soignants restent très attentifs à trois risques :

1° Arrêt intempestif de la chimiothérapie et résurgence d'un processus délirant,

2° Découragement face aux difficultés rencontrées dans la vie courante, arrêt de travail et désir de fuir toute responsabilité derrière les murs de l'hôpital psychiatrique,

3° Oubli de la fonction de transition du Foyer et tendance à considérer l'établissement comme un hôtel gratuit.

Pour ce dernier point il faut dire que lors de l'admission, le patient est prévenu. Son séjour est fixé à trois mois environ. Pendant cette période il sera pris en charge par la sécurité sociale. Ceci doit lui permettre d'économiser assez d'argent pour trouver un logement. Si le malade dépense son salaire, nous n'y pouvons rien. Un prélèvement obligatoire serait une substitution de responsabilité, nous ne pouvons donc agir en ce sens. A l'expiration du délai de trois mois, si le patient n'a pas d'argent ou s'il n'a pas fait les démarches nécessaires, nous nous trouvons dans l'impossibilité de le mettre à la porte.

Ce serait entrer dans un processus de répression qui n'a pas de sens au sein de l'établissemnt de soins. De plus les malades jouent de notre aversion à les restituer au service qui nous les avaient envoyés.

La tâche du personnel soignant est extrêmement difficile à accomplir du fait de sa position. Nous affirmons aux pensionnaires qu'ils doivent se prendre en charge, que nous ne sommes là que pour les aider à retrouver une plus grande autonomie. Mais d'autre part nous insistons pour être tenus au courant de leurs projets, de leurs changements d'emploi. De plus, l'administration de médications psychotropes malgré les souhaits des malades, maintient une situation de dépendance. Quoi qu'il en soit de ces contradictions, le but recherché reste d'obtenir une certaine stabilité, tant au point de vue de l'amélioration des troubles que de réinsertion professionnelle. Le patient est ensuite orienté vers la sortie.

La sortie est parfois spontanée. On voit alors les autres pensionnaires participer à l'installation de celui qui va partir, tout cela dans une ambiance de fête. Lorsque le départ est exigé, il existe une période de grand malaise. L'équipe vit cela comme un échec de la relation établie et chacun ressent une certaine culpabilité, bien que la décision ait été prise en synthèse. Les autres pensionnaires se voient confrontés au départ. Face aux thérapeutes les malades forment alors un groupe qui refuse et se ferme. Par exemple, à l'heure de la réunion de groupe hebdomadaire, ils se réunissent dans le couloir qui mène à la salle, et à vingt mètres de nous, chantent, rient, parlent très fort pour couvrir la musique du transistor. La semaine suivante lorsque la tension a baissé, nous essayons d'expliciter l'éclusion de ces défenses maniaques. Pour applanir un peu ces difficultés une formule a été mise au point : une sortie est annoncée 45 jours auparavant. Nous savons ce que cette décision a d'arbitraire, mais elle permet en réveillant l'anxiété des réinsertions qui n'auraient pas été possibles. Bien sûr les malades ont trouvé de multiples parades et se sont adaptés. On voit ainsi une efflorescence de troubles divers alors que tout semblait aller pour le mieux.

Où bien un délai apparait comme indispensable car le patient attend une promotion, voir une admission dans un centre de l'A.F.P.A., on ne peut raisonnablement lui refuser cette aide supplémentaire, d'autant que le pensionnaire s'est toujours comporté exactement comme nous le désirions.

Les pensionnaires se trouvent peut-être trop bien au C.R.P.S. Nos exigeances sont minimes, par rapport à toutes les facilités qui leurs sont offertes. Quand la réinsertion a été possible, des liens sont toujours maintenus. Le patient revient régulièrement pour recevoir son injection de neuroleptique retard par exemple. Il a un entretien avec avec le psychiatre qui le suivait au centre, puis il va diner avec ses anciens compagnons. On a souvent remarqué que des patients dont le diagnostic était très inquiétant, arrivaient à se réinsérer plus facilement que d'autres. Nous résumons donc. Il existe dans le même établissement, deux types de patients qui répondent à deux critères :

1° Impossibilité de travailler mais relations familiales et logement conservés pour ceux de l'hôpital de jour.

2° Désinsertion familiale et sociale mais activité professionnelle possible pour ceux du foyer.

Deux structures ambulatoires en vue d'un même but la réadaptation professionnelle et sociale grâce à l'amélioration des troubles psychopathologiques.

Nous avons défini les critères d'admission, le but poursuivi mais pas encore les conditions d'admission.

L'ADMISSION DES MALADES :

1° Provenance :

- dispensaires,
- hôpital psychiatrique de Villejuif, pour les 5 secteurs précédemment cités.
- et médecins généralistes.

2° Présentation du malade :

- En synthèse générale, le médecin vient présenter son observation. Si l'ensemble de l'équipe juge que le malade peut bénéficier du travail qu'elle effectue, une consultation est prévue. Le médecin responsable ou les internes ont alors un entretien puis le jour d'admission est fixé.
- Il n'y a aucune exclusion de patient sur des bases nosographiques. Au contraire nous tenons à mélanger au maximum les types de malades.

Il y a donc dans les deux structures, Hôpital de Jour et Foyer de Post-cure, mixité et juxtaposition de patients très différents sur le plan social, de l'âge, ou du diagnostic.

On peut ainsi citer les diagnostics de nombreux malades qui ont coexisté :
Ethylisme, épilepsie, schizophrénie, toxicomanie, psychopathie, érotomanie, débilité profonde (Q.I. = 35) qui a l'examen s'est révélée être une schizophrénie "tassée", psychose puerpérale, paraphrénie, paranoïa sensitive, hystérie, démence, psychose hallucinatoire chronique et bien d'autres "cas" sans étiquette, mais qui pourrait tirer un bénéfice d'un séjour au centre.

Voilà donc présenté sommairement le C.R.P.S. Nous avons voulu insister sur :

1° le caractère ambulatoire de la cure
2° Les deux statuts possibles pour les malades, l'un excluant l'autre
3° L'admission après présentation du patient à l'ensemble de l'équipe et délibération.

A partir de ces bases nous allons montrer comment cette institution avec son mode de fonctionnement, s'est adaptée aux besoins d'une population de malades, de suicidants.

En complément de l'aide offerte, il existe au C.R.P.S. une association : RENOUVEAU

Régie par la loi de 1901, elle a pour objet de contribuer au retour à la santé ainsi qu'à la réadaptation des malades des deux sexes, adultes et mineurs, résidant à Villejuif, et dans les communes limitrophes que nous avons citées précédemment.

L'Association se propose d'atteindre ces objectifs en développant les activités suivantes :

1° Aide matérielle et morale, individuelle et collective aux malades mentaux et leurs familles.

- création, organisation, soutien de toute initiative en faveur des activités ergothérapeutiques, culturelles, sportives et de loisir.
- reclassement professionnel et social, stages de formation et de recyclage, recherche de débouchés.
- conseils juridiques.

2° Aide à l'enseignement, à la formation et au perfectionnement du personnel du C.R.P.S.

3° Soutien et initiatives en faveur de la recherche en santé mentale, psychiatrie et psychologie médicale en rapport avec les activités du C.R.P.S.

Après une année d'existence, l'association RENOUVEAU, avec ses faibles ressources, a pu :

- gérer les ateliers et en créer d'autres, en fonction des besoins,
- offrir sur place des conseils juridiques par un avocat spécialisé,
- aider les malades sur le plan financier par des prêts à court terme en vue d'un dépannage momentané, ou des prêts à plus long terme pour la caution d'une location d'appartement.

Les fonds proviennent :

1) de la vente d'objets fabriqués en ergothérapie
2) de subvention de la commune de Villejuif
3) des cotisations
4) des études cliniques de médicaments déjà commercialisés.

A ce propos il est intéressant de noter que le C.R.P.S. par son mode de travail en ambulatoire, permet une observation efficace. La prise du médicament peut être controlée. Les effets sont notés au jour le jour, les difficultés rencontrées par les malades en raison des caractéristiques propres du produit, ainsi que l'amélioration de la symptomatologie sont évalués en fonction du bénéfice, que peut en retirer un malade dans ses activités quotidiennes.

L'ensemble du personnel fait partie de l'association. Si une solution ne peut être trouvée dans le cadre du C.R.P.S., RENOUVEAU est un recours supplémentaire. La trésorière est une surveillante, le patient va directement négocier avec elle l'obtention d'un prêt par exemple.

D'anciens malades ont exprimé le désir de faire partie de l'association pour contribuer à l'effort entrepris. Au cours de la dernière Assemblée générale cette proposition a été acceptée.

DE LA REANIMATION A LA PSYCHIATRIE

_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_

Nous avons mentionné plus haut le nom du Pr Agr Auzepy. C'est à sa demande que tous les suicidants ont eu un entretien avec un psychiatre.

Il n'est donc pas aussi évident que cela, d'imposer un tel préalable à la sortie d'un malade. D'autant qu'il serait si facile de transférer le réanimé en médecine générale, puisque celui-ci ne relève plus de la spécialité.

A cette volonté thérapeutique qui dépassait la forme pour s'attaquer aux fondements même de la pathologie, nous avons été agréablement surpris de trouver associée l'ensemble de l'équipe de réanimation. Certaines infirmières ont même exprimé le désir de venir faire un stage de psychiatrie au C.R.P.S , pour se familiariser avec un abord qui n'est pas toujours enseigné. La demande n'était pas de pure forme. On sentait très distinctement la prise de conscience du technicien devant l'incomplétude de son acte, aussi qualifié et réussi fut-il. La question n'était plus de conserver la vie dans un corps anonyme, mais de savoir que l'action engagée cessait d'être ponctuelle. Il fallait passer de la communication électographique à la communication verbale par un processus dialectique et non par un simple clivage.

Situé dans l'hôpital de Bicêtre, le service de réanimation du Pr Agr. Auzépy est le seul implanté sur le territoire des secteurs psychiatriques précédemment cités. Il reçoit de ce fait, toutes les tentatives graves des suicidants de la région.

Une distance d'environ deux kilomètres sépare le C.R.P.S. de Bicêtre. La proximité géographique favorise la rapidité d'intervention. De plus une ligne téléphonique directe évite l'attente au standard encombré. Dès qu'un suicidant commence à se réveiller en réanimation le C.R P.S. est informé.

Pourquoi tant de précipitation ?

Il est apparu que l'idéal pour l'intervention du psychiatre est de se situer dès le réveil du suicidant. A ce moment, le patient n'a pas encore reconstitué ses défenses On obtient une in-

formation riche et authentique. Une heure plus tard, parfois moins, l'entretien est différent. Le malade a déjà parlé. Il a pu construire un discours plus cohérent, mais amputé d'une certaine résonnance.

Bien souvent le délai entre l'appel téléphonique et l'arrivée du psychiatre est trop long, ce qui ne permet pas d'écouter le réveillant. Nous tendons à raccourcir cet intervalle et à nous placer au moment voulou lorsque cela ne gêne pas un autre malade du centre.

Dans ces quelques lignes, nous avons voulou insiter sur trois points :

1) la demande émane du service de réanimation. Ce qui tend à faire penser que le suicide est considéré là, comme un acte révélateur d'une pathologie grave (Note 1).

2) Le psychiatre se déplace et se rend où existe le besoin. Si la thérapeutique doit être ambulatoire, le thérapeute doit se déplacer. Il serait tout de même paradoxal de prêcher l'ouverture des portes, sans sortir ni s'engager à l'extérieur.

3) l'intervention doit se situer dès le réveil du coma.

Note 1 : Dans certains services de médecine où sont reçues les tentatives de suicide "mineures", les suicidants sont eux aussi vus par un psychiatre vacataire. une fois par semaine, une écoute spécialisée est offerte. C'est dire que nombreux sont les malades qui refusent une hospitalisation de plusieurs jours et signent leur pancarte. Une tentative de suicide mineure est souvent considérée comme tentative de chantage et non comme une demande d'aide à un moment où la personne devient incapable de supporter davantage sa douleur morale.

Supposons maintenant que Mademoiselle BESOIN, 19 ans, fleuriste, habitant chez ses parents à Cachan, se réveille en réanimation. Au lit de la malade, le psychiatre écoute. Rapidement l'inquiétude nait. Il faut apporter une aide immédiate, prolonger l'observation, envisager des entretiens avec l'entourage.

La mère et la soeur sont là. Il ressort rapidement de la conversation que le problème les dépasse, qu'elles ne veulent pas prendre le risque d'assister à une récidive au domicile.

Le service de réanimation doit trouver son lit au plus vite. La réalité du risque vital l'emporte sur le risque psychologique.

Après 36 heures de coma, il est difficile de renvoyer la malade chez elle, d'autant que la famille refuse cette éventualité
Le problème psychologique demeure important.

Au total, on se trouve devant la nécessité d'offrir à cette jeune fille une hospitalisation à temps complet pour :

- une surveillance médicale
- une observation psychiatrique
- un traitement

tout cela doit durer le minimum de temps pour ne pas entrainer des difficultés de réinsertion. Il faut de plus que la malade accepte.

OU DIRIGER MADEMOISELLE BESOIN ?

1° VERS LE DISPENSAIRE DE SON SECTEUR

Après avoir rassuré la famille, on peut provoquer le retour au domicile. Pour montrer que l'affaire est d'importance deux lettres sont postées. L'une au médecin traitant, l'autre pour demander une consultation au dispensaire de secteur. Théoriquement nous nous situons là, dans la très actuelle perspective de la prise en charge du malade dans son cadre de vie.

D'emblée, cette solution se solution se heurte à de grandes difficultés pratiques.

Le généraliste ne pourra intervenir facilement. Non seulement il n'a pas reconnu la dépression derrière le premier discours mais il a fourni le moyen d'actualiser le désir de mort.

Les consultations de dispensaire sont chargées. Un minimum d'une semaine est nécessaire avant l'obtention d'un rendez-vous. On a dit plus haut qu'il fallait intervenir dès le réveil, que sera devenu le discours une semaine après. On note de plus une certaine amélioration de la thymie après le choc provoqué par l'intoxication.

Au sortir du coma s'est nouée une relation avec le psychiatre, dans des circonstances exceptionnelles. Rien ne permet de penser que cette situation provoquera le désir d'aller consulter un autre spécialiste, ailleurs, sectorisé La notion de sectorisation n'est pas chez nous une donnée culturelle. Si le psychiatre ne peut plus choisir ses patients, le malade a encore la possibilité de refuser qu'on lui impose son thérapeute.

Le risque de récidive persiste. L'ingestion de toxiques ou toute autre forme de passage à l'acte n'est pas controlable à domicile.

2° VERS LE SERVICE LIBRE DU SECTEUR

Ce serait envisageable du point de vue psychiatrique, la malade a besoin de repos et d'une observation, d'une surveillance et d'un traitement. Le transfert serait facilement compréhensible et acceptable pour la malade, d'autant qu'elle est encore obnubilée et très lasse.

Plusieurs écueils se présentent à nouveau. Les parents ne peuvent accepter une hospitalisation au centre psychiatrique de Villejuif. Cet établissement demeure dans l'esprit des habitants de la région, le lieu d'enfermement des "fous". Leur fille n'est pas marquée des stigmates de la dégénérescence. "Elle est un peu déprimée, c'est tout. Avec un peu de repos, tout cela passera très vite, il ne faut pas la traumatiser au contact de ces êtres dangereux".

Les délais d'admission sont trop longs, en raison du type de malades qui occupent habituellement les lits pour plusieurs mois.

Qualifiés de malades lourds ralentis dans leurs déplacements par des doses importantes de neuroleptiques, l'inertie ne vient pas seulement du processus pathologiques qui les a conduits à l'hôpital. Le financement par le prix de journée devient de plus en plus inadéquat pour les malades mentaux. L'intérêt du service de psychiatrie est d'avoir tous ses lits occupés. Ceci s'oppose à la politique de secteur. Lorsqu'on sortira de cette contradiction, la situation induira peut-être une attitude plus dynamique chez le psychiatre hospitalier. Pour le moment il est obligé de refuser un mouvement rapide des entrées et des sorties.

De même que pour le dispensaire de secteur, l'admission de Mademoiselle BESOIN à l'hôpital rompra la relation précédement établis.

3° VERS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Il est hors secteur et comporte les mêmes inconvénients que le service sectorisé, hormis son image dans l'esprit du public. L'admission y est peut-être moins longue à attendre et les malades hospitalisés plus semblables à Melle BESOIN. Cependant cette hypothèse exclus d'emblée la patiente d'un schéma thérapeutique auquel elle a droit : celui de la sectorisation.

4° VERS LE C.R.P.S.

Le centre, par sa vocation intersectorielle de post-cure et sa relation d'aide ambulatoire va correspondre aux besoins sans rompre la relation établie.

5° PROJET

Une possibilité qui n'a pu encore être envisagée, même à l'état de projet, serait de faire intervenir un psychiatre du secteur du suicidant. Ceci demanderait un grand effort de coordination. De plus il faudrait que les psychiatres considèrent les suicidants comme faisant parties des malades qui ont besoin d'eux.

On peut regretter que dans le Manuel de Psychiatrie de MM. Ey, Bernard & Brisset, il n'y ait pas un chapitre consacré au suicide. Ceci aurait pourtant l'intérêt de sensibiliser les étudiants aux besoins actuels. En 1970 :

135 000 TENTATIVES / 15 000 décès.

Revenons à Mademoiselle BESOIN. Elle travaillait avant sa tentative de suicide et habitait chez ses parents. Or, momentanément l'exercice de sa profession et le logement chez ses parents sont impossibles.

Au C.R.P.S. nous ne pouvons envisager l'hospitalisation de jour, ni l'hospitalisation à domicile. Les status du Foyer de post-cure exigent une activité professionnelle.

Voilà donc une jeune fille sans antécédents psychopathologiques connus qui tente de se suicider, passe avec succès l'épreuve du coma, encombre un lit de réanimation, provoque chez le psychiatre l'inquiétude et le désir d'approfondir l'examen et la relation. Il faut donc lui proposer quelque chose, trouver une solution adéquate dans un cadre acceptable. Sinon la patiente "sait ce qu'il lui reste à faire". Déjà le généraliste n'a rien proposé. Si l'on veut bien accorder au psychiatre une oreille spécialisée, il faut lui donner aussi les moyens d'intervenir.

L'intérêt apporté par les responsables administratifs de la D.D.A.S.S., aux problèmes d'hygiène mentale dans le Val de Marne est encore ici souligné. C'est grâce à la souplesse de leur adaptation que nous avons pu trouver une réponse convenable aux problèmes que Mademoiselle BESOIN présentait.

Admise au Foyer de post-cure avec un arrêt de travail, la patiente entre par ce biais dans les normes. Etant donné que l'hôpital de jour fonctionne dans le même batiment que le Foyer, l'observation et la surveillance sont constantes.

Si la compréhension a été grande au niveau admnistratif, au niveau du centre, un tel mode d'hospitalisation a rapidement créé une source de gène dans le fonctionnement.

Les patients ainsi pris en charge, s'ils relèvent pour la sécurité sociale du statut de pensionnaire du Foyer, ont dans les faits la place de deux malades. Ce qui entraine :

1) un accroissemnt du travail pour l'équipe de jour. Nous avons déjà dit la tâche considérable qu'elle accomplit. Il lui faut de plus surveiller les perfusions d'antidépresseurs, lorsque ceux-ci ont été prescrits.

2) L'équipe de nuit se trouve confrontée à la réaction des autres pensionnaires. Certains voudraient bien, eux aussi, bénéficier de cette situation particulière. Ils vont donc voir un généraliste en ville et reviennent avec un arrêt de travail, ou bien expriment les malaises somatiques les plus divers.

3) Le centre comporte deux étages de chambres. Dans un surgissement de l'angoisse une défenestration serait possible. La surveillance ne peut-être constante car de 21 heures à 7 heures, il n'y a qu'un psychiatre et une infirmière de garde. Cependant, la responsabilité existe et accroit le malaise.

4) L'admission des malades se fait après délibération en synthèse générale. Pour les suicidants, le médecin décide seul. Cette entorse à la règle n'a toutefois pas été un grand obstacle. La gène a surtout été ressentie lors des admissions le samedi ou les jours fériés. L'équipe est alors réduite en raison de l'absence des patients de l'hôpital de jour et de l'autonomie des pensionnaires du Foyer.

5) Le centre est habilité à recevoir des adultes. Les tentatives de suicide sont fréquentes chez les mineurs. Il n'y a aucune structure d'accueil possible pour eux dans les secteurs, d'une façon rapide. Une dérogation doit donc être demandée pour chaque mineur auprès des responsables de la D.D.A.S.S. Elle nous est accordée très facilement, mais lors d'un week-end prolongé, cela crée encore quelques soucis.

On voit donc comment un établissement qui n'avait été conçu que pour servir de relais à l'hôpital psychiatrique, a dû adapter aux besoins lorsque ceux-ci étaient urgents.

Mademoiselle BESOIN est donc admise rapidement au C.R.P.S. Elle arrive en chemise de nuit. On lui donne une chambre. Il existe encore des soins somatiques à admnistrer. Le contact physique se poursuit. On s'occupe encore de son corps, mais déjà la parole est écoutée. Bien sûr on veillera à diminuer ses brulures mictionnelles mais on peut entendre aussi "ce qui ne va pas", ce qui préoccupe cette jeune fille. Ailleurs on lui a sauvé la vie, ici on veut simplement l'aider à mieux comprendre ses difficultés. Elle est au centre pour réfléchir avec nous sur la signification de son acte, les motivations qui l'ont ainsi poussée à s'intoxiquer. Et même si elle affirme qu'on ne peut rien pour elle et que de toutes façons elle recommencera, on lui propose en attendant, de descendre dîner avec les autres pensionnaires, qulqu'un lui prêtera volontiers une robe de chambre et des chaussons.

Nous allons maintenant présenter quelques observations pour tenter de montrer le mode d'action que l'on peut avoir auprès de cette population de malades.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Première observation. ANTONIO B.

Après deux jours passés à la réanimation, Antonio est admis au C.R.P.S. La tentative de suicide a été présentée comme la conséquence d'un important conflit avec le père. Il existe de plus une menace d'éviction scolaire. Pour éclaircir la situation, on prévoit donc une admission de courte durée.

Antonio aura 16 ans dans deux mois. Au foyer de post-cure les pensionnaires sont adultes. Il a fallu se déplacer à la D.D.A.S.S. pour demander une dérogation. Un arrêt de travail scolaire est envoyé au collège.

La période d'observation commence. Cet adolescent très maigre, semble un peu perdu dans le centre. Ses grands yeux noirs brillants et ses déplacements incessants reflètent une grande anxiété, comme s'il était traqué.

Il parle cependant facilement et nous explique les circonstances qui l'ont amené à envisager l'intoxication. Nous avons déjà mentionné les difficultés scolaires. C'est dans la bibliothèque du collège, qu'il a absorbé cinq comprimés d'un hypnotique dérobé dans la pharmacie des parents. Pourquoi a t-il chosi ce lieu ? On peut penser que c'était le seul endroit où Antonio avait des contacts avec l'extérieur. Nous n'avons pu connaître la nature exacte du produit ingéré vers 10 heures du matin. Les cours terminés, il rentre en titubant chez lui. Son père pense qu'il est ivre et le renvoie en classe. Là Antonio ne sait plus très bien ce qu'il s'est passé jusqu'à son réveil en réanimation.

La tentative n'est pas présentée comme un désir de mourir, mais comme un moyen de faire comprendre à son père que la situation n'est plus supportable et qu'il doit changer d'attitude. Depuis deux ans, le père interdit toute sortie à son fils. Pour avoir un peu de liberté celui-ci manque la classe, le conflit s'envenime puisque le père est convoqué par la Directrice du Collège. Antonio est donc battu, au besoin avec la laisse du chien, et les interdits s'accumulent.

Par exemple, Antoine avait trouvé un moyen de gagner un peu d'argent de poche puisque son père ne lui en donnait pas. Il se levait très tôt le dimanche matin pour décharger les camions du marché. Cette tentative d'autonomie s'est heurtée à un nouvel interdit.

Devant tant de difficultés Antoine ne voit qu'une issue. Dans deux mois, il pourra entrer dans la vie active, puisque l'obligation scolaire cessera à 16 ans. Il espère monayer ainsi sa liberté. Son frère a adopté la même situation et ne se trouve plus en conflit avec le père.

Pourtant Antoine aimerait apprendre le métier d'imprimeur. Il a déjà travaillé dans l'entreprise du père d'un ami et le métier l'intéresse. Nous l'informons alors des difficultés qu'il rencontrera, sans qualification, dans une profession qui voit chaque jour fermer ses ateliers. Antoine répond qu'il n'a pas le choix, de toute façon il sera renvoyé du collège dès qu'il aura 16 ans.

Le père n'a pas vu son fils depuis la tentative de suicide, seules la mère et une soeur se sont déplacées jusqu'à la réanimation.

Les parents sont donc convoqués. Rapidement il apparait que les difficultés rencontrées par ce couple dans l'éducation de leurs enfants ne sont pas nouvelles.

Une soeur âgée de 21 ans mariée depuis cinq ans.

Un frère de 19 nas ne pose plus de problème actuellement, il travaille dans la même entreprise que son père et rapporte régulièrement sa paye. Deux ans plus tôt; quelques délits l'avaient amené devant le juge des enfants, et le père avait dû payer une amende. Quant à Antoine, non seulement il s'absente de la gymnastique corrective et du collège, mais il a de mauvaises fréquentations et a volé dans le sac de sa mère 700 francs. Qu'a-t-il pu faire de cet argent ?

La mère, espagnole, sourde après un surdosage en streptomycine s'exprime ainsi : "Da ma sacé qué qui en a fé des saçante tix mille fra". On peut se demander ce qu'il en est de la communication à l'intérieur de cette famille d'émigrés.

Le père, réfugié politique espagnol, est en France depuis l'âge de 19 ans. Il faut s'astreindre à un certain effort d'attention pour le comprendre. Il s'exprime avec un fort accent et d'une manière explosive. Nous demandons aux parents un délai avant le retour au domicile familail de leur fils, pour compléter l'observation et passer quelques tests.

Peut-être un peu trop rapidement, Antoine s'adapte au Centre. Il a noué une relation préférentielle avec une jeune infirmière. Les autres pensionnaires du Foyer le soutiennent.

Au cours d'un autre entretien avec ce jeune malade nous apprenons qu'il n'a fait l'objet d'aucune mesure disciplinaire. Son retour au collège est possible. Nous lui disons qu'à la condition d'une reprise rapide de la soclarité nous pourrons trouver les moyens pour l'aider. Puisqu'il redouble sa troisième, il peut en faisant effort, réussir son brevet. Antoine met en avant qu'il est mal avec les professeurs. On apprend qu'il a surtout des problèmes avec l'enseignant du Français. La situation est dédramatisée, en lui montrant que s'il se sent ainsi persécuté, cela provient peut-être aussi de son attitude. Une modification de son comportement pourrait faire varier l'attitude du professeur. Nous n'avons pas voulu lui donner comme interprétation qu'il revivait peut-être là ses difficultés face à une culture qui n'était pas la sienne, et qu'il s'éloignait chaque jour un peu plus des valeurs admises par ses parents.

La scolarité est très investie par les parents imigrés. La réussite scolaire représente une certaine intégration mais elle crée une distance et un transfert de pouvoir au sein de la famille. L'autorité du père s'en trouve affaiblie. Pour se faire entendre et respecter il n'a plus à sa dispostion que le modèle d'éducation qui a été le sien, mais il ne correspond plus à la société dans laquelle

il se trouve, ou bien l'affirmation de son rôle par la violence physique.

Dans le cas du jeune Antoine, il semble que les difficultés relationnelles entre le père et le fils sont apparues après les premiers rapports avec l'autorité judiciaire, lors de la comparution du fils ainé. Dès ce moment le père a voulu diriger Antoine d'une façon exclusivement autoritaire. La répression s'étendait progressivement à tous les désirs du fils, jusqu'à ce que les difficultés familiales retentissent sur l'investissement scolaire. Là, le père récupérait son pouvoir entièrement puisque le jeune Antoine perdait l'avantage de la connaissance, qu'il était exclu de la société où le père n'avait pu trouver place qu'en exerçant un emploi de manoeuvre.

Après avoir pris contact avec le collège, nous avons informé la Directrice des difficultés d'Antoine. Une collaboration s'est instaurée avec la surveillante du C.R.P.S. La réintégration devenait possible à la condition d'un contrôle régulier de la présence aux cours.

Antoine de son côté avait définitivement opté pour la reprise scolaire. Il se décida après de longues discussions. Nous lui avions dit que notre aide ne pouvait se poursuivre qu'à la condition de reprendre le travail. Il profitait d'un statut spécial au foyer, mais cette situation ne pouvait être prolongée. D'autre part, les autres pensionnaires lui ont expliqué que s'il voulait son indépendance, la seule voie possible puisqu'il était mineur, restait d'acquérir le plus rapidement une bonne formation professionnelle. Un peu poussé, bien soutenu, Antoine retourna au collège.

Pratiquement, on avait chosi donc d'aider Antoine jusqu' au BEPC. Il resterait au foyer car le retour immédiat dans la famille ne paraissait pas encore souhaitable à temps complet. La mère fut informée de ce projet lors d'une visite au centre, elle sembla désarmée devant la tournure des évènements.

Le lendemain, le père vint réclamer le retour de son fils. Antoine était un mauvais fils, il faisait pleurer sa mère, profitait

de l'infirmité de celle-ci pour l'insulter. Il ne fallait pas être si tendre avec lui. De retour à la maison il saurait bien le faire travailler et si cela ne suffisait pas, il le ferait boucler dans une institution. Visiblement ce Monsieur ne comprenait pas pourquoi Antoine réagissait ainsi. Lui était resté orphelin à 10 ans, il avait dû se débrouiller seul pour manger, n'avait pas eu la chance d'aller à l'école. "Antoine a tout ce qu'il faut, il y a même la télévision en couleur". Avec sa femme ils se privent de tout, lui ne sort que pour se rendre à l'usine. Il est chauffeur. Bien qu'il se défende de consommer plus d'une chopine aux repas son visage signe l'éthylisme chronique. Monsieur B. parle à nouveau des 700 F dérobés dans le sac de la mère. En fait, nous avons appris par la suite que cet argent appartenait à Antoine. Il avait travaillé un mois pour acheter la mobylette de son père et celui-ci l'avait vendue à un collègue de l'usine, après la lui avoir promise.

Lorsque nous en étions aux problèmes d'argent, j'ai informé Monsieur B. que le séjour de son fils serait pris en charge intégralement par la sécurité sociale. Il ne fut plus dès lors question de le reprendre. Rassuré sur ce plan, Monsieur B. s'en alla sans demander à voir Antoine. Devant une telle psychorigidité il ne fût pas possible d'exposer notre projet à Monsieur B. Le garçon devait rester au centre un mois environ pour bien reprendre sa scolarité et passer des tests en vue d'une formation professionnelle.

Nous avions déjà dit qu'Antoine se trouvait bien au centre. Si bien, qu'il n'alla plus voir ses parents. Ce qui nous créa quelques difficultés avec le père. Antoine semblait vouloir une rupture totale avec sa famille. Chaque nouveau contact entrainait systématiquement l'éclosion d'un conflit avec le père. Le seul moyen de défense restait l'évitement. Or nous n'avions aucune possibilité de garder Antoine, si le père exigeait le retour. La mère se plaignait de l'absence de visite, le père s'étonnait de ne jamais pouvoir joindre son fils au téléphone, de plus personne ne savait où il était lors de ses appels. Avec une telle liberté son fils ne manquerait pas de perpétrer quelque acte délictueux... Mais déjà nous avions des résultats à opposer.

Antoine avait repris la classe, les professeurs étaient satisfaits de son application. Il n'y avait plus d'absences irrégulières puisque tous les soirs, il faisait signer son carnet en arrivant au Centre. Le soir une infirmière surveillait ses devoirs. Une rupture avec le Centre ne manquerait pas de remettre en cause les résultats obtenus, Le père ne s'opposa plus dès lors à l'institution, directement. Antoine, sur nos conseils, essayait d'avoir une attitude plus conciliante et rendait visite tous les quinze jours à sa famille. Pendant une certaine période tout sembla aller pour le mieux. Antoine s'épanouissait, le problème de son énurésie avait complètement disparu, les résultats scolaires très positifs puisqu'il avait reçu les encouragements de ses professeurs.

A nouveau on le sentit traqué. Il ne dormait plus, manquait la classe. On a rapidement appris qu'il s'agissait d'un nouveau conflit familial. Le père n'apparaissait pas directement mais par l'intermédiaire de son fils aîné, il menaçait Antoine d'une correction. Pour désamorcer cette situation angoissante et élucider le conflit entre les deux frères, un entretien fût provoqué. Nous avions besoin de l'accord du père pour l'établissement d'une fiche d'orientation scolaire, la présence du frère aîné était souhaitée.

Le conflit entre les deux frères n'était pas récent, mais simplement réactivé. Lorsque les motivations de chacun purent être verbalisées, on se quitta après avoir convenu de visites plus fréquentes de la part d'Antoine. Le père accepta, puisque les résultats de notre action avaient donné des résultats positifs, de nous confier son fils jusqu'au BEPC.

Il y eut par la suite une nette amélioration des relations familiales. Antoine semblait gai. Il faisait des projets de vacances avec ses parents.

Pendant ce temps, des démarches avaient été faites pour obtenir une place dans un établissement, en vue d'une formation professionnelle dans l'imprimerie.

Dans la région parisienne, un seul internat. Malgré un avis favorable de la conseillère d'orientation professionnelle, il ne put être admis en raison de note insuffisantes. La période qui a précédé ce refus a été marquée par un nouveau surgissement de l'angoisse. Antoine ne savait comment annoncer à son père l'obligation de payer 600 F. par trimestre. La nuit, il dormait très mal et rêvait plusieurs fois de suite qu'il assasinait son père.

Six mois après son hospitalisation, Antoine fût reçu au BEPC. On le fit participer aux démarches en vue de son admission dans un C.E.T. où il pourrait recevoir une formation d'imprimeur. Le retour définitif dans la famille n'était plus concevable. Antoine n'était plus le petit garçon frêle que nous avions admis. Il restait le bouc émissaire de la famille. La dernière action dont on l'accusait était d'avoir provoqué le divorce de sa soeur aînée. De plus le C.E.T. se trouvait situé trop loin du domicile familial. La solution d'un foyer de jeunes travailleurs est apparue comme la meilleure possible.

Là encore s'est posé le problème des frais d'hébergement Avec l'accord des parents nous avons donc mis en place une mesure de recueil temporaire par la D.D.A.S.S. De plus une demande de bourse a été acceptée par l'Académie.

Antoine dispose d'une autonomie complète sur le plan financier. Il peut continuer ses études dans la profession qu'il a choisie. Un contact est gardé avec le C.R.P.S., soit pour des entretiens lorsqu'il en exprime le besoin, soit pour des problèmes scolaires car l'assistante sociale reste l'interlocuteur investi d'une autorité pour le C.E.T.

Voilà donc comment, à partir d'une intoxication mineure, ce jeune garçon a pu trouver l'aide nécessaire qu'il demandait sans pour autant se trouver dans l'obligation de recourir à d'autres moyens plus dangereux. S'il avait été plus âgé, il est fort probable qu'il eût été admis en médecine générale. Nous avons montré que notre action de soutien s'est exercée pendant près de huit mois d'une façon constante. Il n'y avait aucune solution possible sur le secteur pour

un garçon de cet âge. Il fallait pénétrer dans les interrelations familiales pour comprendre ce qui se jouait réellement derrière ces absences scolaires et les mauvais traitements infligés.

Pour l'avenir d'Antoine, bien des questions se posent encore. Les tests ont montré un trouble assez profond de la structuration de la personnalité. Dans les conditions d'autonomie relative qui lui son offertes, avec les remaniements de l'adolescence et le soutien psychologique que l'on continue à lui apporter, il est possible qu'Antoine arrive à construire une personnalité moins vulnérable. Il est probable que notre intervention lui a évité un comportement de délinquant avec tous les poblèmes judiciaires que cela comporte. L'éventualité d'une rupture totale avec la famille reste un point dont les conséquences futures ne peuvent encore être évaluées. Du statut d'enfant de travailleur imigré déjà difficile, il est passé, en raison des circonstances, à celui d'enfant recueilli. Ceci implique une certaine dépendance qui risque de se perpétuer.

Deuxième observation : Maxime T.

Monsieur T. a 26 ans. Il vient de passer deux jours en réanimation. Après l'entretien ce malade est admis pour état dépressif névrotique. La tentative de suicide a fait suite à une dispute sentimentale. Monsieur T. se trouvait en possession de Seresta 50, de Soneryl et de vàlium car depuis un mois et demi, il était devenu très irritable. Son mode de vie ne lui laissait que trois heures par nuit pour dormir. Il aidait son amie barmaid jusqu'à deux heures du matin, et se levait à cinqu heures pour se rendre à l'atelier de menuiserie où il était employé.

Le premier jour de son hospitalisation au C.R.P.S. nous avons laissé ce jeune homme se reposer. Il était encore obnubilé et présentait une très grande asthénie. Nous avons donc vu son frère ainé, venu spontanément.

Le frère, un homme de 37 ans, très sthénique s'est présenté d'une part en accusateur, d'autre part comme très désireux d'aider Monsieur T. Il nous a informé des "frasques" de Maxime : travail inconstant en raison d'une grande instabilité, tendance à l'alcoolisme, dépenses excessives et surtout abandon de ses vieux parents. Cependant il se déclarait prêt à l'aider en l'hébergeant chez lui et en l'employant dans un de ses ateliers de menuiserie. Le discours de cet homme sonnait faux. Il semblait y avoir un conflit familial important, que ce Monsieur plein de bonne volonté voulait minimiser.

Le lendemain nous avons vu le père et une soeur. Ils nous ont confirmé les troubles du comportement. Depuis six mois Maxime avait changé. Il avait connu une femme de onze ans son aînée, quitté le domicile de ses parents, et surtout il devait passer devant le juge trois jours plus tard pour le vol de voiture et chèque sans provision.

L'histoire était un peu confuse. Monsieur T. n'a rien fait pour l'éclaircir. D'abord les circonstances de l'intoxication. Il les avait présentées d'une façon très simple. Dispute avec son amie suivie d'un geste impulsif, l'absorption d'une boite et demie de Seresta 50.

On a appris par la suite qu'il avait écrit une lettre à son patron le dimanche soir après la dispute. Les pompiers l'avaient secouru le lundi soir. Le frère aîné est encore intervenu pour essayer de minimiser l'acte de Maxime. On l'avait vu le lundi matin, il courrait dans tous les sens... tout celà n'était qu'une manoeuvre de chantage, un scénario bien monté.

Monsieur T. n'avait pas un contact facile. Lorsqu'il parlait on sentait une certaine gêne, tout ce qu'il disait semblait relever de la fabulation. Repatrié d'Algérie il travaillait depuis l'âge de 14 ans. Bien qu'il aît deux frères et quatre soeurs, il était le seul à subvenir aux besoins de ses parents. Trois ans plus tôt, il avait dû rompre ses fiançailles car son salaire ne pouvait suffir et il avait choisi d' aider ses parents. Ses frères plus âgés avaient pourtant de bonnes situations, ses soeurs étaient mariées. Chaque fois qu'il avait demandé de l'aide, on lui avait répondu qu'il était le plus jeune, qu'il était célibataire, et que c'était à lui de faire un effrot. Il l'avait fait, mais depuis 6 mois ce n'était plus possible. Parti du domicile de ses parents, il avait eu une liaison avec une femme de 37 ans. Depuis cette date, ses frères et soeurs n'avaient plus rendu visite à ses parents, pour ne pas avoir à leur donner de l'argent.

Tout ceci semblait très étonnant. On imaginait mal, dans cette famille d'Afrique du Nord, que les parents soient ainsi laissés pour compte. De plus les subsides donnés par les organismes officiels avaient certainement provoqué une enquête sociale. Les revenus des frères, artisans installés à leur compte devaient être confortables. Visiblement Monsieur T. cherchait à nous donner une image de lui-même qui ne correspondait pas à la réalité, il n'était certainement pas la victime qu'il nous présentait. Fils parfait, il avait été poussé par l'incompréhension des autres à choisir des solutions extrêmes.

Depuis trois jours au C.R.P.S. il avait pu prendre quelques décisions. Malgré les appels téléphoniques de son amie; il décida de rompre définitivement sa liaison. Cette femme n'était restée avec lui que pour son argent, il avait volé la voiture de son frère et un carnet de chèques pour lui offrir des vacances, mais maintenant le juge l'attendait et elle l'avait rejeté.

Sur le plan diagnostic, nous n'avions pas d'idées très précises. Le frère aîné tentait de le faire passer pour un pervers qui se complaisait dans les milieux marginaux des bistrots de banlieue. Maxime avait perdu le sens de la famille depuis qu'il fréquentait son amie. D'ailleurs lui et sa soeur étaient venus voir Maxime au Centre pour l'aider et celui-ci ne les avait pas reçus. Lorsque nous avons abordé l'aide aux parents, le frère aîné nous a dit que Maxime tentait de se faire passer pour une victime, qu'il n'en était rien, les visites aux parents aussi fréquentes que possibles et la dernière fois il avait encore donné un chèque à son père.

Pour essayer de savoir ce qui relevait de la fabulation dans le discours de leur fils nous avons convoqué les parents. Tout ce que nous disait Maxime fût confirmé. Depuis son départ, les autres enfants avaient cessé toute visite. Ils attendaient depuis six mois qu'on vienne leur présenter leur dernière petite fille. Bien sûr leur fils avait donné un chèque de 200 F. la dernière fois, mais le père n'avait pu l'encaisser, car il était cardiaque et ne pouvait le voyage jusqu'à Chel...

Devant une telle situation, quelle aide apporter ? Monsieur T. n'exprimait aucune demande, même manifeste. Il se plaignait d'insomnie, il eut quelques comprimés d'hypnotiques. On ajouta des tranquillisants car il devait passer devant le juge. Cette affaire s'arrangea car Monsieur T. s'engagea à rembourser les 1000 F tirés sur le carnet de chèques de son frère et ce dernier retira sa plainte pour vol de voiture. Le lendemain Monsieur T. nous demana de quitter le C.R.P.S. Il avait réfléchi pendant les cinq jours passés au centre.

D'abord il rentrerait habiter chez ses parents puis chercherait une chambre près de son lieu de travail. Nous lui avons donné six jours de convalescence et proposé de se mettre en rapport avec le psychiatre de son secteur puisqu'il ne pourrait venir facilement au centre. Monsieur T. accepta notre offre.

Dans le cadre de l'établissement Monsieur T. avait pu faire le point de ses difficultés sentimales. Sur le plan familial,

nous avions reconnu deux éléments importants. D'une part son discours avait été retenu pour vrai, celui du frère aîné démenti. D'autre part nous avions refusé de reconnaître en lui le "fou", celui qui avait été désigné comme responsable du conflit familial. Au contraire nous l'avions aidé à prendre son indépendance sans porter de jugement.

Trois jours après son départ, Monsieur T. nous téléphona. Il se sentait triste, dormait mal, ne pouvait pas vire avec ses parents plus longtemps. Nous lui proposâmes immédiatement de revenir au foyer s'il le désirait.

Nous l'accueillîmes pour la deuxième fois le lendemain. Il se sentait mal à l'aise chez lui. Ses parents avaient occupé tout l'appartement depuis son départ. De plus tout allait recommencer comme avant, il serait à nouveau seul pour aider ses parents.

Pendant les huits jours qui suivirent, Monsieur T. resta assez fuyant. Il passait ses journées hors du centre, parfois ses nuits. On ne lui fit aucune remarque. Il nous annonça un jour qu'il avait trouvé une chambre et nous quitta.

De cette observation, nous pouvons tirer les réfexions suivantes. Le premier temps fut consacré à reconnaître la véracité de son discours, face à celui de son frère. Ceci lui a permis de pouvoir se situer dans la constellation familiale.

Depuis la maladeie du père, c'était l'aîné qui représentait l'autorité et le soutien. En fait, c'était Monsieur T. Nous l'avons reconnu dans son rôle effectif. Lors de la deuxième hospitalisation, il a probablement voulu revenir vérifier si notre attitude n'était pas fausse. Il a donc montré son désir d'autonomie, par des absences non excusées, par la fuite des entretiens. Nous ne sommes pas intervenus comme si son admission n'était qu'un simple hébergement. Rassuré, conforté dans son identité, refusé par la spychiatrie répressive, il partit réaliser les projets qu'il avait muris au centre.

Troisième observation : Melle Michelle L. 20 ANS

Vue en réanimation à son réveil, la malade est admise le 8 Octobre. Il s'agit de la deuxième tentative, survenue après une dispute avec la mère, comme la première.

Mademoiselle L. n'a pas un contact facile. Elle se réfugie dans le silence. On finit tout de même par apprendre que l'absorption d'une vingtaine de comprimés de Valium s'est faite de façon impulsive. La patiente avait projeté de partir à la campagne avec une amie et deux garçons. La mère s'est opposée au projet, la fille n'est rentrée que le lendemain matin. Après une discussion très vive Mademoiselle L. s'est rendu dans la cuisine et sa mère l'a retrouvée subcomateuse.

Par la suite nous n'avons obtenu que très peu d'information par la malade. Elle avait quelques amis mais ceux-ci partaient au service militaire ou bien travaillaient et la patiente avait peur de se retrouver seule. Début septembre une amie avait dû déménager, cela avait été un grand "choc" pour elle. Dans la famille les rapports s'étaient modifiés. Avec la mère : "je ne lui dis plus tout. Elle ne m'aide pas à résoudre mes problèmes." Avec le père il y avait très peu d'échanges.

Le lendemain nous avons vu Madame L. Nous avons parlé de la première tentative. Il n'y avait pas eu de préméditation. On l'avait envoyée chez un psychiatre en ville, elle n'avait pas voulu parler. "Michelle n'extériorise pas ce qui lui ferait du bien de sortir". Ensuite furent abordés les antécédents médicaux. Depuis l'âge de quatre ans elle n'avait cessé d'être malade. Rhumatisme articulaire aigu, glomerulo néphrite, amydalectomie, catarate opérée, treize interventions pour glaucome, hépatite virale, et de nombreuses crises de tétanie. Ces crises ont toujours pour fonction de la sortir d'une situation embarassante. D'ailleurs le père ne lui parle presque plus de peur de la contrarier.

Monsieur L. cumule deux emplois et travaille de 7 heures à 22 heures. La mère ne sait plus quelle attitude adopter, "si je m'occupe d'elle, Michelle dit que je l'étouffe".

"Pourtant il faudrait faire quelque chose. Elle ne prend plus ses médicaments, ne va plus voir l'ophtalmo. Toute la famille s'est resserée autour d'elle. Sa soeur de 22 ans, lui passe tout, c'est un peu de sa faute. Elle lui met ses chaussons, lui a acheté un vélomoteur. Cet été, après une crise de tétanie, Michelle a été hospitalisée. Elle a ensuite exprimé le désir de partir en Tunisie. Elle y est allée. Nos autres enfants ne partent jamais sans nous. Je l'avais prévenue qu'elle s'ennuierait toute seule. Là-bas, elle a fait une nouvelle crise et j'ai dû prendre l'avion pour passer les trois dernières semaines avec Michelle. A la maison elle devient très exigente, tyranique. Il faut toujours que quelqu'un dorme avec elle".

Madame L. nie l'existence de tout conflit familial. Nous lui proposons de garder Michelle au Foyer pour lui permettre de prendre un peu de distance vis à vis de sa famille, puisque la dernière tentative de suicide avait été précédée d'une dispute à propos dé l'autonomie. De plus nous pourrons entreprendre un bilan somatique très complet. La mère accepte cette solution, mais sa fille, la refuse, pleure. Madame L. nous dit que ce sera difficile car sa fille n'ira pas travailler et rentrera à la maison.

Pendant les deux jours qui suivirent Mademoiselle L. resta dans sa chambre, puis se mêla aux autres pensionnaires. Un malade l'avait prise sous sa protection, elle appréciait sa compagnie. Ce Monsieur s'occupait beaucoup des autres. Bénévole à la Croix Rouge le dimanche, il s'occupait activement du syndicat dans son entreprise. Lui aussi avait fait de nombreuses tentatives. Ses sept enfants avaient été placés par le Juge, ou par la D.D.A.S.S. Grâce à cet appui elle avait pu intervenir au cours de la réunion de groupe hebdomadaire. Ce début d'insertion dans le centre n'eut pas de suite. Elle annonça qu'elle ne pouvait plus rester au milieu de malades. Elle n'était que déprimée et le contact avec tous ces gens qui ne parlaient que de leurs problèmes ne pouvait pas améliorer son humeur.

Nous avons insité pour la maintenir. Il y avait les examens somatiques et quelques tests prévus. Elle pourrait reprendre son travail prochainement, mais il fallait qu'elle réfléchisse un peu.

Deux jours plus tard la mère et sa soeur viennent exiger la sortie de Michelle. "Elle est très malheureuse, chaque fois que nous la voyons elle pleure et se plaint que certains pensionnaires hommes l'ennuient. Ici ce n'est pas un endroit pour elle. A la maison elle a tout ce qu'il faut". Ce fût l'attitude de la soeur qui nous étonna le plus. Il semblait que nous lui avions volé quelque chose. L'entretien fût passionné. A bout d'argument elle dit que cet établissement était triste car "il n'y avait pas de rouge". Devant une telle furie, nous avons accepté la sortie en négociant un rendez-vous avec la psychologue pour quelques tests. Ceci fût accepté. Elle sortit le 15 octobre.

La semaine suivante Mademoiselle L. vint chercher un bulletin de séjour. Tout allait bien dans la famille. Elle devait venir passer ses tests deux jours plus tard. Nous n'étions pas du tout certains de la revoir.

Le surlendemain, on nous téléphona du service de chirurgie, de l'hôpital de Bicêtre. En venant au centre elle avait eu un accident de mobylette. Nous décidâmes en synthèse qu'il ne fallait pas aller lui rendre visite. Nous ne savons ce qu'elle est devenue depuis.

Cette patiente fût l'objet de nombreuses discussions dans l'équipe. Tant d'erreurs avaient été accumulées, nous ne devions pas les reproduire. Il fût donc décidé que les patients venus de réanimation n'auraient pas de visite pendant huit jours. Manipulés par la mère nous avions demandé des examens complémentaires qui n'avaient aucune urgence. D'emblée le problème psychologique avait été nié par nous même. Nous proposions à Mademoiselle L. de prendre chez nous son autonomie mais le centre n'était plus un lieu neutre puisque déjà investi par la famille.

Une fois de plus elle était considérée comme une malade somatique. Quel sens avait dès lors l'hospitalisation au Foyer ? La reproduction de ce qui se passait chez elle. Elle l'avait d'ailleurs très bien ressenti et à joué le même jeu. Dans notre désir de l'aider nous n'avons pas attendu sa demande mais sommes allés au devant. Il s'agit là peut-être d'une interprétation gratuite mais l'accident de

mobylette nous a mis l'évidence de la situation. C'était pour elle, le seul moyen d'échapper à notre désir de se l'approprier. Les bénéfices secondaires qu'elle tirait des relations familiales ne pouvaient en aucune manière la pousser à se remettre en question. Notre action a été des plus maladroite. Pour notre défense, la récente ouverture du centre.

Quatrième observation : Monsieur Daniel L. 39 ans

A la suite d'une violente dispute avec sa femme Monsieur L. était rentré de vacances. Insomniaque depuis plus d'un mois il avait ingéré son barbiturique quotidien. L'effet hypnotique se faisant attendre, il en avait pris un autre, puis deux dans un demi sommeil peut-être le tube entier, mais il ne se souvenait plus.

Le conflit conjugual n'était pas récent. Depuis six ans Monsieur L. avait pour maitresse sa comptable. Sa femme supportait cette situation car elle espérait que la différence de classe sociale jouerait en sa faveur. Elle avait bien demandé le renvoi de la comptable mais son mari s'y refusait. Il y avait dans la comptabilité de son entreprise quelques fraudes et une divulgation des irrégularités aurait été fatale à la société dont il était PD.G. Madame L et son mari avaient été voir un psychiatre en ville. Ce dernier leur avait fait passer quelques tests et en aurait conclu à la culpabilité du mari. Le ton de conversation se fit de plus en plus passionné. Elle avait eu beaucoup trop de patience. Maintenant elle allait divorcer. Ce n'était plus possible. Il lui avait même luxé l'épaule au cours d'une dispute. Elle sortit un trousseau de clés dérobés d'un autre appartement. Avec le certificat médical, cela servirait à ouvrir le dossier.

Monsieur L. parla spontanément de ses difficultés. Puisqu'il avait devant lui un psychiatre, il parla du plaisir qu'il éprouvait avec sa maitresse. Pour donner une note sentimentale il me fit par d'une récente découverte. Le fils de son amie avait comme lui les pieds palmés. Bien qu'elle fut mariée en ce temps là, cet enfant ne pouvait être que son fils. De son mariage il avait eu deux fils qu'il adorait et ne pouvait se résoudre à prendre une décision. Sa vie devenait infernale à la maison. Alors qu'à 300 mètres de chez lui, le doux foyer de sa maîtresse, lui apportait le calme qu'il recherchait tant.

Il ne fut pas décidé d'hospitalisation. Les époux allaient partir en vacnaces pour essayer de faire le point. On donna à Monsieur L. une carte du centre en lui disant que nous restions à sa disposition.

Trois jours plus tard, Monsieur L. demandait un rendez-vous. Il n'avait pu partir avec sa femme et demandait un arrêt de travail de quinze jours pour quitter Paris. Chez des amis, il irait réfléchir et participerait à des parties de pêche pour se détendre. Ceci lui fût accordé. S'il ne se sentait pas bien, nous restions toujours à sa disposition. On ne le revit plus pendant un mois et demi. Puis il demanda un nouvel entretien.

La situation avait bien changé. Il n'avait pu partir en convalescence très longtemps car ses associés, deux cousins, avaient monté une société concurente en emportant une partie du stock. L'affaire devait se traiter devant les tribunaux. Lui avait trouvé une autre place. Il lui fallait un autre arrêt de travail de quinze jours en attendant de prendre son nouveau poste. De plus il lui fallait aussi un certificat médical attestant qu'il avait fait une tentative de suicide pour son avocat. Ceci devait accélérer la procédure du divorce. Depuis qu'il avait pris une décision, il se sentait plus détendu. Il allait "repartir à zéro". De son côté, sa femme avait trouvé un emploi bien rémunéré. Nous eûmes encore des nouvelles de Monsieur L. quelques temps après. Nous avions oublié de signer une feuille de sécurité sociale, il annonça à la secrétaire qu'il allait bien.

Nous avons chosi cette observation, surtout par ce qu'elle a de caractéristique de certaines intoxications. Elles sont réalisées dans un état confusionnel. Il n'y a pas de désir de mort mais une recherche de sommeil instantané sans rêve.

Notre action s'est résumée à cette phrase "nous restons à votre disposition". A chaque entretien nous avons écouté en ramenant la conversation à la nécessité d'un choix puisqu'il ne pouvait plus se satisfaire de la situation.

Cinquième observation : Mademoiselle Annie D. 23 ans

Mademoiselle D. avait ingéré 80 comprimés de Mandrax, le soir, dans sa chambre. Son père l'a trouvée comateuse vers midi et l'a fait hospitaliser en réanimation. Après six jours, elle pouvait respirer spontanément et nous la recûmes au dixième jour dans notre établissement. Elle fût admise au Foyer avec un arrêt de travail, le 31 décembre.

Il s'agissait peut-être de la deuxième tentative, le 13 avril elle était tombée du premier étage d'une maison de repos, en voulant pousser un volet. "C'était une bonne farce" dit-elle. Hospitalisée pour de multiples fractures elle fut ensuite transférée en psychiatrie. On évoqua alors une dépression atypique en raison du contexte dissociatif et elle reçut un traitement neuroleptique. Mademoiselle D. a toujours affrimé le caractère accidentel de cette chute. Comme pour Orphélie, nous ne saurons jamais...

Au C.R.P.S. elle exprima son ennui, son désintérêt pour toute chose. Elle ne travaillait plus depuis un an, restait apragmatique : "travailler c'est très fatiguant et on vous traite comme la dernière". Elle se sentait persécutée : "tout le monde était contre moi", je donne l'impression de ne penser à rien au lieu de penser à mon travail". Très isolée elle restait enfermée dans sa chambre. "Dans la journée, je pense à ma rêverie. Des choses qui ne sont pas réelles mais qui ont existé quand même. Je perds le sens de ce qui est réel. Quand je pense à mon enfance, c'est un vrai chaos, rien ne s'est passé réellement. J'aurais pu devenir une autre fille, il aurait fallu changer les gens, vivre dans un autre pays."

Voulez-vous que je vous dise pourquoi je me suis suicidée ? Je suis trop petite, je n'ai pas grandi, c'est pour ça."

Sa biographie a pu être reconstituée d'une manière très floue grâce à des éléments rapportés par les parents et une soeur. Celle-ci nous apprit qu'Annie était la cinquième de la fratrie. Enfant non désirée, elle n'avait pas eu de prénom à sa naissance. Ensuite

jusqu'à trois ans, elle avait dû traduire le language d'Annie. La scolarité fut très mauvaise.

"A l'école on vous traumatise pour des choses naturelles comme apprendre à lire". Pour la soeur, Annie avait toujours été considéré comme une "débile" par ses parents. Elle avait droit à son argent de poche si elle se maintenait entre la 25ème et la 30ème place. Tant bien que mal, Annie avait obtenu son certificat d'Etudes, puis jusqu'à 18 ans elle apprît le métier de sténo-dactylo. Elle partit ensuite en Angleterre, au pa , chez un lord : "ils ne mangent rien ces gens là. C'est un peuple imbécile". Elle nous raconte plus tard l'origine de ses angoisses : "j'ai toujours peur qu'on me fasse du mal, qu'on me viole et des choses comme ça. C'est depuis mon voyage en Angleterre. Ils m'ont violée pendant mon sommeil. Ils m'avaient droguée et le lendemain je me suis retrouvée pas pareille". De retour en France, elle travailla dans une maison de retraite comme dactylo pendant six mois puis fit de l'intérim". "C'était indépendant de moi les changements.

Deux jours après l'admission nous reçûmes les parents. Couple très étonnant dans sa présentation vestimentaire un peu désuète. Ils pensaient que leur fille était bien secrète, renfermée, ne se confiant pas depuis des années. "On ne voit pas ce qu'il peut lui manquer, elle gardait tout l'argent de sa paye... Mais tout ça vien de Mai 68 et du comportement immoral de ses soeurs... vous allez nous la guérir docteur mais ne lui faites pas de radio... "Des parents tout droit issus de "Family life".

Mademoiselle D. avait une vision de ses parents très péjorative. "Ma mère est un peu bête, hypocrite, mielleuse." Mon père je l'aime beaucoup mais ma mère m'empêche de lui parler. C'est un gros os". Nous avons ensuite pénétré la situation de double lien qui régissait les relations mère-fille.

"Maman essaie de m'enlever toute responsabilité. Je lui demande quelque chose, elle m'apporte autre chose. Ici, il fait chaud, elle voulati que je passe un pull car elle disait que j'avais froid".

Après deux semaines passées au centre Annie ne voulait plus retournér chez elle. "Je suis mieux ici que chez moi, je ne suis pas normale. Je ne peux plus vivre avec mes parents. Ce que je vais faire est difficile. Chercher la confiance des amis que j'ai en Hollande". Au centre, elle s'occupait dans la journée "je fais n'importe quoi, de la peinture, du crochet". Elle sortait avec sa soeur.

Pour s'en sortir il fallait qu'elle quitte le domicile familial tout comme ses soeurs. Son frère aîné avait bien réussi dans la vie puisqu'il était professeur de Sciences Naturelles mais il avait poussé la dépendance jusqu'à habiter le pavillon mitoyen à celui des parents. De plus sur le plan psychologique sa réussite n'était pas parfaite. Le courrier devait rester exposé à la pluie avant de pénétrer dans sa maison pour éviter la contamination. Toute effusion était interdite entre parents et enfants de peur de microbes.

Bien que toujours un peu bizarre, Mademoiselle D. murissait son projet de départ en Hollande. Au centre elle adpta un comportement puéril puis franchement hystérique. Sur ce mode relationnel pseudo-hystérique l'adaptation fut satisfaisante. Un peu moins par les retombées qu'elle provoqua. Nous avons dû renvoyer à l'hôpital psychiatrique un jeune patient qui avait décidé de la tuer. Il voulait l'épouser, elle lui racontait ses flirts de la journée. Avec ses parents les relations devenaient insupportables. Elle leur avait annoncé le projet de voyage. "Ici je suis normale, chez moi non. Ma mère est une anormale, elle pique des rages folles, se cramponne à moi. Il faut à tout prix qu'elle me touche. Elle ne tient pas compte que je suis Moi. Elle se cramponne mais ne vous donne rien. Vous savez ce que m'a dit ma mère l'autre jour ? "L'argent je m'en fous, c'est toi que je veux". Ce qu'elle veut c'est que je ne lui échappe pas, si j'étais morte, je lui aurais échappé". Madame D. avait finalement accepté le départ pour la Hollande. Elle irait installer sa fille là-bas. Annie n'osait pas refuser ceci à sa mère. Elle comparait celle-ci à une mitrailleuse, "c'est menaçant, elle peut se déclencher brutalement".

Huit jours plus tard, Mademoiselle D. nous informa de son désir de quitter le foyer. Ses parents partaient à la campagne et lui laissaient leur pavillon. Elle viendrait à l'hôpital de jour en attendant de partir en Hollande. Le retour au domicile familial ne nous semblait pas très souhaitable, mais puisque les parents n'y seraient pas on pouvait envisager la période à venir comme un intermède favorable avant l'autonomie complète de la Hollande.

Son retour chez elle se déroula sans trop de problème. Cependant elle ne prenait plus ses médicaments. Elle vint régulièrement à l'hôpital de jour puis après une semaine demanda sa sortie pour une maison de repos. A ce sujet il y eut une manipulation de trois médecins, s'adressant à l'un pour avoir d'urgence un certificat qu'un autre avait oublié de rédiger sur les indications du médecin responsable. En fait il n'avait jamais été question de maison de repos. Nous avons rapidement compris de quoi il s'agissait. Deux jours plus tard les parents venaient nous annoncer que leur fille partait à la campagne avec eux pour se reposer. Il fallait donc un certificat de convalescence d'un mois .

Tout le travail effectué en deux mois, avait été réduit à néant par deux semaines de relations plus étroites avec les parents. Nous n'avions rien à proposer. Le contact d'Annie s'était considérablement amélioré, les parents la reprenaient. Elle nous quitta le 18 mars.

En novembre, elle nous revint des Pays-bas. Diverses mésaventures lui étaient arrivées, entre autres le vol de son argent. Elle venait demander un hébergement d'un semaine au foyer pour régulariser sa situation vis à vis de la sécurité sociale. A part cela tout allait bien. En fait elle était dans un état beaucoup plus inquiétant que lors de sa première admission. Très dissociée, avec un discours totalement déréel, une pensée floue et des éléments délirants mal systématisés.

A noter une très belle image par laquelle Mademoiselle D. expliquait pourquoi elle se sentait mieux en Hollande qu'en France :

la présence de digues établissait une limite nette et rassurante entre ce qui était intérieur et ce qui était extérieur.

Les parents chez qui elle n'avait fait que passer la nuit apparaissaient comme plus pathologiques encore qu'au début de l'année. Le père notamment était dans un état d'agitation anxieuse effroyable, avec une attitude de rejet très intense vis à vis de sa fille :"c'est comme un petit animal, elle va devenir folle furieuse". On commença un traitement neuroleptique injectable et l'on interdit toute visite des parents. Mademoiselle D. profita du week-end suivant pour aller chez ses parents. La mère vint nous informer qu'elle trouvait Annie beaucoup moins bien depuis qu'elle avait un traitement. Ce qui devenait dans le discours de la fille : "c'est un régime trop fort pour moi, çà me met presque dans un coma. L'injection me monte à la cervelle et je m'évanouis".

Nous avons dit que notre établissement est ouvert. La patiente ne pouvait bénéficier d'un traitement adéquat puisqu'il était devenu impossible d'éviter le contact avec les parents, surtout la mère qui induisait le refus de toute chimiothérapie. Nous propôsames donc momentanément un placement en service fermé à l'hôpital psychiatrique. Les parents ne voulurent pas envisager cette solution. Pour l'éloigner du couple parental on demanda une maison de repos psychiatrique dans le sud-ouest. Lorsque la date du départ fut fixée nous assitâmes à l'affrontement du couple quant à la conduite à tenir. La mère était pour un établissement moderne où l'on soigne sans médicaments. Celui que nous avions trouvé était dirigé par un vieux docteur, avec de vieilles méthodes... de plus c'était loin de Paris. "Eh bien tant mieux dit le père. Moi je l'aurai mieux vue dans un centre psychiatrique où l'on aurait mis le paquet."

Annie partit un mois dans l'établissemnt que nous avions trouvé, car elle refusa d'y séjourner le trimestre prévu. Elle revint au C.R.P.S., en hôpital de jour. Les parents la trouvaient mieux, plus soumise. Sans lui avoir demandé son avis ils avaient trouvé une autre maison de repos. Elle acceptait de repartir. Où bien de rester chez ses parents sans venir à l'hôpital de jour. A la maison elle prenait

ses médicaments. Le père la trouvait mieux, plus obéissante. La mère disait qu'elle était endormie 20 heures sur 24, c'était trop. Mademoiselle D. n'exprimait aucune opinion. Complètement anihilée par le couple parental, elle n'avait plus le moindre désir, n'exprimait plus la moindre agressivité à l'égard de ses parents. De plus elle reprenait à son compte le conflit de la soeur aînée et de ses parents au point de refuser tout contact. Pour éviter la prolongation de cette phase symbiotique pathologique nous avons donc cherché un autre établissement de soins, plus adapté aux problèmes posés par Mademoiselle D, que celui proposé par les parents.

La commission d'admission de cette clinique nous répondit que "si d'ici trois à six mois, cette malade n'a pu être prise en charge par l'équipe psychiatrique du Secteur, elle pourra nous écrire, à condition qu'elle désire elle même se soigner". On mesure ici la distance qui sépare le théoricien de la pratique.

Une autre clinique fut trouvée. C'était toujours un répit. Actuellement il n'y a pas de solution à la distorsion des interrelations familiales. La mère en est toujours à son simulacre d'amour. Le père rejette un peu moins sa "schizophrène" de fille. Annie reste l'enjeu du conflit parental, et ne peut s'exprimer que par métaphore. De la réalité, elle ne veut connaître que les avantages de sa dépendance familiale et sociale.

On peut se demander en quoi nous avons bien pu l'aider depuis sa tentative de suicide. Si apparemment nous en sommes au même point qu'il y a un an, quelques éléments sont positifs.

Après la réanimation nous avons été attentifs à son discours, nous n'avons pas formulé de réticence à son départ en Hollande. A son retour, c'est au C.R.P.S. qu'elle est revenue après avoir vécu dans des communautés marginales. Au cours des entretiens, elle donne volontiers la clé de son discours cohérent. Par exemple elle disait être persécutée par Chertu. Ceci faisait référence à Utrecht bien qu'il manquât un T, c'en était l'anagramme. En Hollande on lui avait volé son argent. Ici, ses parents s'appropriaient ses

indemnités journalières. Chertu c'était donc aussi Maman. On se souvient qu'à la naissance elle n'avait pas de prénom, Chertu était la façon dont la mère s'adressait à elle. Chère tu, chère Annie. Chertu, c'était aussi papa. "Ma chérie tu dois..., ma chérie tu vas te taire..." Lorsqu'elle était en réanimation le père avait "essayé" de l'embrasser.

Les parents n'ont pas eu de prise en charge individuelle. Ils semblent cependant avoir évolué depuis un an. Ils ont pris conscience du fait qu'ils ne pouvaient pas faire de leur fille un simple objet passif, à retirer des mains du psychiatre dès qu'elle devenait supportable. Ils paraissent cesser leurs manipulations et tentent de contribuer à l'aménagement des mesures proposées. Ceci dans leur intérêt, pour éviter fugues, agressivité, et l'expression du délire de leur fille qui leur échappe à ces moments là.

LE SUICIDANT SUR SCENE
_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_o_

En quoi consiste la spécificité de notre action auprès des suicidants ? Nous avons tenté d'y réfléchir, elle ne diffère en rien de l'aide que l'on peut apporter au malade mental en général dans l'établissemnt. Est-ce dire que tous les suicidants relèvent de la psychiatrie ? Nous ne prendrons pas position dans cette polémique.

Le suicide est un acte. Aliénation ou liberté suprème. Le suicidant est une personne qui parle. Le psychiatre se présente pour que la parole soit reconnue, entendue. Il faut un lieu pour écouter. Au C.R.P.S. la personne qui vient de quitter la réanimation trouve une scène, sur laquelle elle pourra jouer le rôle qu'elle désire.

Il semble bien que l'on puisse ici parler de théatre. Chacun tient son rôle de la manière la plus cohérente possible. Le patient peut parvenir à un repérage assez précis, qui lui permet de se positionner par rapport aux autres, et d'adresser sa demande à la personne qu'il a choisi. S'agit-il d'un problème à dominante sociale ? Il peut aller trouver l'aide nécessaire auprès de l'assistante sociale. Par exemple, pour le patient de notre première observation, le jeune Antoine, c'est l'Assistante sociale qui a dirigé notre action. Recherche d'un établissement, demande de bourse, soutien de la D.D.A.S.S. Actuellement Antoine s'adresse à elle pour tout ce qui concerne sa scolarité.

Il est parfois difficile de tenir son rôle. Nous avions un jeune homme de 19 ans qui se présentait comme un "état limite". La spychologue fut mandatée par l'équipe pour lui faire passer quelques tests. Le patient s'est présenté comme à son habitude, exprimant d'emblée ses difficultés familiales, avec quelques références psychanalytiques. La psychologue l'interrompit pour lui signifier qu'un tel discours n'était pas de mise dans la situation présente, et qu'elle n'était pas là pour l'écouter mais pour lui faire passer des tests. On peut imaginer l'effort de cohésion que représente le travail en équipe. Bien sûr la psychologue n'est pas seulement confinée dans ce rôle, mais dans ce cas précis, elle l'a tenu. Ceci a permis l'arrêt d'un comportement pervers visant à manipuler l'équipe.

Dans la pièce de Peter Weiss, "la persécution et l'assassinat de Jean Paul Marat représentés par le groupe théatral de l'hospice de Charenton sous la direction de Monsieur de Sade" nous trouvons des personnages qui peuvent donner une idée des rôles importants de certaines personnes du centre.

Le directeur de l'hospice n'existe pas en tant que personne au C.R.P.S. Il est présent par le sentiment de proximité que nous ressentions. L'asile est en face. La loi de 1838 existe toujours. Il faut de plus que chacun perçoive son agressivité comme projection d'une persécution purement fantasmatique. Comment cela est-il possible en dehors d'une analyse personnelle ? Grâce à la présence, dans l'institution, d'un psychanalyste.

Le Docteur BOMPART vient au centre une fois par semaine, le mardi. On peut considérer qu'il tient le rôle de l'Annonceur. En dehors de la scène, il explique, dédramatise, permet de situer les choses dans le temps et l'espace. Un travail collectif commence pour tenter de mettre un peu de clarté dans l'expérience vécue. J'espère ne pas m'éloigner trop du sens de cette publication à paraître.

Que se passe-t-il le mardi ? Monsieur Bompart ne voit pas de patients à l'intérieur du centre. Il participe à ce que nous appelions au début, la réunion de synthèse. Tous les soignants se réunissent en présence de la Directrice de l'Etablissement. Là, il n'y a pas d'ordre du jour. Chacun prend la parole quand il le veut. Au début, il s'agissait de donner et recevoir des informations, parler du fonctionnement du Foyer et de l'höpital de jour. Avec le temps, il est apparu indispensable de créer d'autres lieux de synthèse pour parler de problèmes particuliers. Actuellement le groupe des soigants fonctionne comme un groupe psychothérapique. La fonction du Dr Bompart consiste à ramener au groupe ce qui a pu être dit ou pensé ailleurs à propos des relations entre soigants, soigants/soignés, ou entre soignés. La parole de chacun est reprise ou renvoyée au autres, et l'interprétation transmise au groupe en tant qu'unité. La parole parlée est celle du groupe. Ceci permet l'expression libre,dans la mesure où tout peut être dit si les termes employés ne sont pas grossiers.

Cette pratique diminue les tensions. La fonction essentielle d'un tel traitement des relations institutionnelles est d'éviter le refoulement. L'agressivité est canalisée. Le Docteur Bompart reste le garant des bonnes relations, parce que sa présence autorise une prise de position individuelle. Il n'y aura pas de représaille. L'agressé a droit de réponse. L'agression est reprise sous la forme d'une généralité. Ce conflit personnel est peut-être l'apparence de quelque chose de plus ancien. Et l'on va rechercher dans le passé de l'institution, d'autres exemples. Faire un lien entre le passé et le présent, reconnaitre la parole de chacun dans ce qu'elle a de spécifique, donner une conscience de groupe par la réflexion en commun sur les rapports entre individus, faire participer chacun à la cohésion de l'ensemble, représente une caractéristique essentielle de l'équipe. A la suite de la réunion des soignants, commence en présence de tous, le contrôle des groupes de patients.

Les groupes de patients sont des groupes ouverts. Un couple de moniteurs, une fois par semaine, réunit pendant une heure ceux qui veulent bien participer. Les infirmiers peuvent se joindre aux malades. Il ne s'agit pas tant de favoriser la communication, que d'effectuer ensemble un travail psychique. Un rapport est fait devant Monsieur Bompart. A partir de l'interprétation des paroles, des silences, des comportements et des formations de sous groupes, l'analyste donne le sens. Le but de ces groupes est double. D'une part mettre le patient dans une situation où il ressent le besoin de poursuivre une analyse, et on peut lui donner les renseignements qu'il désire pour continuer son travail en ville (note 1).

D'autre part, sur le plan institutionnel, le contrôle des groupes, qui se déroule immédiatement après celui des soigants, permet de mieux comprendre pourquoi certains malaises sont ressentis de part et d'autre. Par exemple, dernièrement, on a ressenti avec

---

Note 1 : Il n'existe pas d'autre solution dans le secteur public. Un psychanalyste travaillait au C.R.P.S. Il a dû cesser son activité, car les psychothérapies sont impossibles à l'intérieur du centre.

une particulière intensité la dépendance des patients de l'hôpital de jours. Des modifications ont donc été apportées au fonctionnement des ateliers d'ergothérapie. Après quelques jours de flottement, les malades, que l'on ne venait plus chercher pour les faire participer à une activité, sont allés vers les infirmières. Elles les attendaient et se sont mises à leur disposition pour les aider.

Les pensionnaires du foyer ont aussi un groupe. Au début, on prévoyait qu'il aurait pour fonction de permettre la verbalisation de l'agressivité, afin d'éviter les passages à l'acte. Dernièrement, nous avons admis un ancien légionnaire. Il y eût quelques rixes et surtout des vols. D'abord le sac d'une infirmière, puis celui de la psychologue, enfin celui d'un médecin. Nous ne sommes pas intervenus pour permettre à chaque pensionnaire de se positionner par rapport à ces vols répétés. Pendant ce temps, les patients se scindèrent en deux parties adverses. Ceux partisans de la violence et de la soumission à un chef (le légionnaire essayait de recréer ce qu'il avait connu à l'extérieur), ceux partisans de l'autonomie de chacun. Il fût débattu de ce problème en groupe. Les tenants de la discussion exprimèrent le souhait que la tension baisse, qu'au foyer il n'y avait jamais eu de tels comportements, que le fauteur de troubles devait être un "hystérique" (Note 1) et qu'il valait mieux qu'il vienne discuter en groupe de ses problèmes. Deux jours plus tard, le légionnaire quittait le centre volontairement. Il avait auparavant déposé le sac du médecin dans un bureau et barbouillé la chambre et les vêtements d'un pensionnaire avec du dentifrice. La semaine suivante, et pour la dernière fois, les pensionnaires sont arrivés à la réunion avec des gâteaux et du cidre. Ils ont exprimé le désir de ne pas faire une réunion habituelle, de se reposer un peu et de parler d'autre chose.

Note 1 : les patients acquièrent une culture psychiatrique. Le savoir qu'ils possèdent n'est pas purement livresque, mais utilisé pour évoluer dans le groupe.

Troisième personnage de la pièce, Monsieur de Sade. On peut voir ici le rôle du médecin responsable. Organisateur de la pièce, il est dans ses attributions d'intervenir entre le malade et la direction. Il mène le jeu pour que les choses soient dites, la répression évités.

Moins chef qu'arbitre, il permet le déroulement de la pièce par l'introduction de l'annonceur. Il pointe la réalité. Tout au long de la pièce, il reste présent, prend rarement la parole, et surtout pour s'opposer à Marat. Celui-ci veut le pouvoir dictorial pour faire triompher les idées révolutionnaires. Sade lui rapelle les dangers de l'oppression physique et plus encore du refoulement :

"Ces chaos du corps intérieur
ont pires que les profondes prisons de pierre
et tant qu'ils ne seront pas ouverts
toute votre révolte restera
un sursaut de détenus".

Les autres personnages de la pièce n'ont aucun rapport avec l'équipe. Les infirmiers ne dissimulent pas de gourdin dans la poche de leur tablier. Au contraire, ils insistent auprès des médecins (Note 1) pour diminuer les traitements sédatifs.

Note 1 : Le rôle du médecin est ambigu. Il est sur la scène mais joue aussi le spectateur en donnant des médicaments pour éviter les manifestations trop bruyantes de la folie.

Le suicidant trouve au C.R.P.S. un lieu neutre. Après sa tentative de suicide, il possède une scène où il est libre de se comporter et de s'exprimer comme il le souhaite. A distance de la réalité sociale, il peut faire le point. Loin de sa famille, il peut demander que l'on interdise à certaines personnes l'accès du Centre. Ceci fût le cas pour le frère aîné de Monsieur T. (3ème observation).

Le patient peut refuser de se remetttre en question, fuir le spychiatre pour aller profiter des bénfices secondaires acquis grâce à la tentative de suicide (4ème observation).

Il peut se présenter comme un malade somatique, et passer, comme une de nos patientes, un mois et demi à l'hôpital général sur une prise en charge de deux mois.

Il peut évoluer et parler dans le centre comme Alice au Pays des Merveilles (5ème observation).

Quelque soit le personnage choisi, nous l'acceptions. A partir de cette reconnaissance des liens se créent. Dans la mesure de nos moyens nous essayons de comprendre ce que veut nous dire le suicidant, quel projet il dessine, comment à partir de l'acte révélateur, il va, procédant par clivage et identification, s'éloigner peu à peu de l'idée de Nirvanâ.

CONCLUSION

_o_o_o_o_o_

Nous avons voulu montrer tout au long de ce travail comment on peut aider les suicidants. Pour l'observation introductive, il est apparu clairement que le désir de mort ne devait pas se mesurer en milligramme de tranquillisant, que le "suicide chantage" est un diagnostic ridicule. Quel qu'en soient les motivations, le médecin doit entendre l'appel à l'aide. Lorsqu'il l'a entendu, il doit y répondre. Pour ce faire, il est apparu que le Centre de Réadaptation professionnel et Sociale de Villejuif, pouvait convenir à la post-cure des suicidants.

Nous avons donc décrit ce centre psychiatrique. Deux modes de fonctionnement. L'hospitalisation de jour et le Foyer de nuit. L'hospitalisation à domicile étant rarement employée immédiatement après la tentative.

Comme il s'agit d'un établissement de cure ambulatoire, les patients acceptent volontiers d'y être hospitalisés. Ils sont libres de leurs mouvements et peuvent dès qu'ils le désirent cesser d'avoir un contact avec la psychiatrie.

Ensuite a été abordé la collaboration entre le service de réanimation et le C.R.P.S. Le psychiatre se déplace et se rend au lit du malade dès le réveil de celui-ci. Là, il ne dit pas "qu'y a-t il pour votre service" mais "qu'est-ce qui ne va pas ?". L'écoute attentive permet de pénétrer le conflit avant que le refoulement vienne entraver le discours. Le problème étant posé, on peut sur le champ proposer une mesure d'aide. Le problème de la sectorisation est évoqué. Le C.R.P.S. a une vocation intersectorielle.

Cinq observations tentent ensuite de montrer comment, à partir de la tentative de suicide, on peut aider le suicidant en pénétrant les interrelations familiales. La prise en charge se fait selon les besoins du patient. C'est au patient de définir le but qu'il veut atteindre, nous mettons à sa disposition nos moyens. Naturellement, ce n'est pas parce qu'il a un problème scolaire que la solution de celui-ci reste le seul but. Les mesures d'aide restent un moyen de communication pour une approche de la personne.

Un châpitre est consacré à ce qui semble le plus important dans l'institution, à savoir le rôle de chacun dans l'équipe soignante et sa cohésion. L'analyse de groupe apparait comme le moyen de comprendre et d'agir d'une façon cohérente. Le suicidant ne bénéficie pas d'un statut particulier pour ce qui est de sa prise en charge. Comme les autres patients il fait partie d'un groupe et décidera seul d'en sortir.

Pour ce qui est de notre attitude, on peut dire que le maternage est exclu, que l'on est attentif aux risques d'appropriation ou de réjection. Dans la mesure du possible on tente de confirmer le patient dans son effort pour atteindre une certaine autonomie. Lors de son séjour au centre, le pensionnaire ne se trouve pas devant les soignants en tant que bloc uniforme et tout puissant capable de décider pour lui. Le médecin reponsable tient son rôle. Il détient une autorité qui est parfaitement reconnue. Elle est utilisée par les soignants au titre d'arbitrage. Grâce à ce travail d'équipe on rencontre très peu d'agressivité chez les soigants. Ce climat de bonne humeur est certainement très favorable aux patients. Pour ce qui est de l'équipe, la preuve de cette joie de travailler ensemble est qu'il n'y a presque pas d'arrêts de travail. Lorsqu'ils existent, ils sont hautement justifiés.

Pour revenir aux suicidants, en 1974 le service de réanimation du Pr Auzépy a reçu 200 intoxications volontaires environ (statistiques en cours). Tous les patients ont eu un entretien avec un psychiatre du C.R.P.S. Ils ont été admis au foyer de post-cure, sept en hôpital de jour. Très nombreux sont ceux qui sont revenus en consultation. Certains, qui avaient eu un entretien avec le psychiatre du dispensaire de secteur, sont retournés en réanimation chercher l'adresse du C.R.P.S. Ce qui est essentiel consite dans la continuité, la permanence de l'interlocuteur. Il faut aussi pour le suicidant, une permanence de lieu où il puisse chercher l'aide dont il a besoin. Au C.R.P.S., jour et nuit, un patient peut téléphoner. Si une place est disponible, on peut admettre d'urgence un patient déjà connu de l'équipe. Dernièrement un malade nous a téléphoné pour nous faire part de sa décision de renouveller l'acte précédemment

manqué. Deux membres de l'équipe sont allés le chercher.

On peut se poser la question de savoir s'il ne faudrait pas envisager l'ouverture de centres spécialisés dans la post-cure du suicidant. En 1970, 15 000 morts, 135 000 rescapés. Comment les aider ? Il me semble qu'un centre spécialisé n'a pas de sens. Si on se met à considérer les suicidants comme une catégorie bien à part, il est probable que ce mouvement, pour louable qu'il soit, sera considéré comme une réjection.

Une formule comme celle du C.R.P.S. Foyer et Hôpital de jour, peut parfaitement convenir aux besoins de la post-cure. La permanence téléphonique et la possibilité d'admission rapide pour un court séjour, apparaissent très souhaitable. Cette généralisation de l'hospitamisation dans des petits bâtiments de soins construits à l'échelle humaine est souhaitable pour la plupart des malades mentaux.

Nous ne pensons pas que l'expérience du C.R.P.S. soit reproductible ailleurs, par une autre équipe, car les personnalités de chacun ne peuvent pas être anihilés de la sorte. Par contre, la multiplication de ces centres est indispensable pour l'avenir de la psychiatrie publique.

TABLE DES MATIERES

pages

I - OBSERVATION INTRODUCTIVE..... p. 1

II - LE CENTRE DE READAPTATION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE..... p. 7

III - DE LA REANIMATION A LA PSYCHIATRIE..... p. 31

IV - OBSERVATIONS CLINIQUES..... p. 40

V - LE SUICIDANT SUR SCENE..... p. 66

VI - CONCLUSION..... p. 73

_o_o_o_o_o_o_

Le Président de Thèse :

Professeur R. MISES

Le Doyen de la faculté de Médecine
PARIS-SUD

Professeur J.P. ETIENNE

Le Recteur de l'Académie :

BIBLIOGRAPHIE

Pierre Moron — Le suicide (Que sais-je ? N° 1569) P.U.F.

Revue du praticien — Suicide (Tome XXI. 11 décembre 1971)

Gorceix & Zimbacca — Etudes sur le suicide (Collection de médecine légale et de toxicologie médicale. Masson Ed. 1968)

Sigmund Freud — Au-delà du principe du plaisir. Essais de psychanalyse. Petite bibliothèque Payot N° 44

Jean Laplanche — Vie et mort en psychanalyse Nouvelle bibliothèque scientifique Flamarion Ed.

Hanna Ségal — Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein Bibliothèque de psychanalyse. P.U.F.

Maurice de Fleury — L'angoisse humaine Les éditions de France. 1925

Louis Proal — L'éducation et le suicide des enfants Bibliothèque de philosophie contemporaine Felix Alcan Ed. 1907

Naïm Kattan — Le réel et le théatral Ed. Denoel. 1971

Peter Weiss — La persécution et l'assassinat de Jean-Paul Marat représentés par le groupe théatral de l'Hospice de Charenton, sous la direction de Monsieur de Sade. Editions du seuil. 1965

Foulkes & Anthony — Psychothérapie de groupe Marabout service (psychologie)

Jean-Pierre Boyer — Thèse 1972 Paris. A propos de la suraliénation des malades mentaux.

Bateson, Jackson, Haley & Weakland — Toward a théory of schizophrénia. Behav. Science 1,252-264 , 1956

Lewis Carol — Les aventures d'Alice au Pays des Merveilles.

Shakespeare — Hamlet.

Nietzche — Par delà le bien et le mal.

On trouvera dans la publication de MM. Gorceix et Zimbacca, une bibliographie de 115 titres se rapportant au suicide.